



**Archipelago Insurance Limited** [A General Insurer Licensed by Labuan FSA] Co. No. LL09355 | Licence No. IS2013136

Registered Office Address :  
Unit 3A-25, U0350, 3rd Floor,  
Labuan Times Square, Jalan Merdeka,  
87007 Labuan F.T., Malaysia.

Co-located Office :  
B-08-06, Gateway Corporate Suites,  
Gateway Kiaramas, No.1 Jalan Desa Kiara,  
Mont Kiara, 50480 Kuala Lumpur, Malaysia.

Phone : +6 (03) 6201 0491  
Fax : +6 (03) 6201 0481  
Email : info@archipelagoitd.com  
URL : www.archipelagoitd.com

## MEDISAVERS TAKAFUL TAKE-OVER CERTIFICATE FORM

## BORANG PENGAMBILALIHAN SIJIL

### DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

Name (As in NRIC / Passport) / Nama (Seperti dalam K.P. / Pasport):

New NRIC / Passport No. / No. K.P. Baru / Pasport:

Address / Alamat:

Postcode / Poskod:

### DETAILS OF PERSON TO BE COVERED / BUTIR-BUTIR ORANG YANG AKAN DILINDUNGI

Name (As in NRIC / Passport) / Nama (Seperti dalam K.P. / Pasport):

New NRIC / Passport No. / No. K.P. Baru / Pasport:

### DETAILS OF PREVIOUS INSURANCE OR TAKAFUL / BUTIR-BUTIR INSURANS ATAU TAKAFUL DAHULU

Previous Insurer / Takaful Operator / Penanggung Insurans / Takaful Dahulu:

Previous Certificate No. / Nombor Sijil Dahulu:

Expiry Date / Tarikh Luput:

### ADDITIONAL QUESTIONS / SOALAN TAMBAHAN

1. Is the previous certificate inforce for a period not less than 12 months?  
*Adakah sijil dahulu sah untuk tempoh yang tidak kurang 12 bulan?*  Yes / Ya  No / Tidak
2. Is the previous takaful certificate subject to any specific exclusion by endorsement?  
*Adakah sijil takaful dahulu tertakluk kepada pengecualian melalui pengensorsan?*  Yes / Ya  No / Tidak
3. Has the Covered Person ever made a claim under the previous certificate?  
If "yes", please provide details below.  
*Pernahkan Orang yang dilindungi membuat tuntutan atas sijil dahulu?*  
*Jikalau "Ya", sila berikan butir-butir di bawah.*  Yes / Ya  No / Tidak

Name of Claimant <i>Nama Orang Yang Buat Tuntutan</i>	Description of Disability <i>Keterangan Kehilangan Upaya</i>	Date of Disability <i>Tarikh Kehilangan Upaya</i>	Claim Amount (RM) <i>Jumlah Tuntutan (RM)</i>

## DECLARATION / PENGAKUAN

1. I hereby confirm that the information stated in this form is true and correct and I have not concealed or mis-stated any material fact.  
*Saya mengaku bahawa informasi yang dicatat dalam borang ini adalah benar dan betul dan saya tidak sembunyi atau membekalkan matlumat yang tidak betul.*
2. I attach herewith a copy of my previous takaful certificate and agree to Archipelago Insurance Limited applying the same contribution loading and exclusions as applicable in my previous certificate.  
*Saya melampirkan salinan sijil takaful saya dahulu dan bersetuju agar Archipelago Insurance Limited mengenakan caruman tambahan dan pengecualian yang terkandung dalam sijil saya dahulu.*

---

Signature / Tandatangan

Date / Tarikh:

---