



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

Registered Office Address :
Brumby Centre,
Lot 42, Jalan Muhibbah,
87000 Labuan FT, 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@archipelagold.com
URL : www.archipelagogr.com

MEDISAVERSIP TAKAFUL PROPOSAL FORM | BORANG CADANGAN

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

IMPORTANT NOTICE

Participant Takaful Agreement

Pursuant to Labuan Islamic Financial Services and Securities Act 2010, if you are applying for this Takaful wholly for yourself/ family/dependants, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form. You must answer the questions in this Proposal Form fully and accurately.

Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your Agreement of Takaful, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your Agreement of Takaful.

The above duty of disclosure shall continue until the time your Agreement of takaful is entered into, varied or renewed with us.

In addition to answering the questions in this Proposal Form, you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied.

You also have a duty to tell us immediately if at any time after your Agreement of takaful has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.

Non-Participant Takaful Agreement

Pursuant to Labuan Islamic Financial Services and Securities Act 2010, if you are applying for this Takaful for the purpose of providing Takaful benefits to your employees and their family/ dependants, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it may result in avoidance of your Agreement of Takaful, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your Agreement of Takaful.

The above duty of disclosure shall continue until the time your Agreement of Takaful is entered into, varied or renewed with us.

You also have a duty to tell us immediately if at any time after your Agreement of Takaful has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.

PRIVACY CERTIFICATE

For information on our privacy Certificate, please visit our website www.archipelagogr.com

SIJIL PRIVASI

Bagi maklumat mengenai Sijil privasi kami, sila lawati laman web kami di www.archipelagogr.com

NOTIS PENTING

Perjanjian Peserta Takaful

Menurut Akta Perkhidmatan Kewangan dan Sekuriti Islam Labuan 2010, jika anda memohon Takaful ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/ tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah supaya tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab dengan lengkap dan tepat.

Kegagalan untuk mengambil langkah sedemikian, mungkin mengakibatkan pembatalan perjanjian Takaful, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan perjanjian Takaful anda.

Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga perjanjian Takaful anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, anda dikehendaki untuk mendedahkan sebarang perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan.

Anda juga bertanggungjawab untuk memberitahu kami dengan serta-merta sebarang maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini jika ianya tidak tepat atau telah berubah pada bila-bila masa selepas perjanjian Takaful anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Perjanjian Takaful Komersial

Menurut Akta Perkhidmatan Kewangan dan Sekuriti Islam Labuan 2010, jika anda memohon Takaful ini untuk memberi manfaat Takaful kepada pekerja dan keluarga/tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan sebarang perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan sebarang perkara yang munasabah yang boleh dijangka. Jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan perjanjian Takaful, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan perjanjian Takaful anda.

Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga perjanjian Takaful anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Anda juga bertanggungjawab untuk memberitahu kami dengan serta-merta sebarang maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini jika ianya tidak tepat atau telah berubah pada bila-bila masa selepas perjanjian Takaful anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Please complete this form using capital letters / Sila isikan borang ini dengan menggunakan huruf besar.

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:	Nationality / Warganegara:
Address / Alamat:	
	Postcode / Poskod:
Telephone No. / No. Telefon:	Mobile Phone / Telefon Bimbit:
Email / Emel:	
Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Tarikh Lahir (hh/bb/tttt):	Gender / Jantina: <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
Race / Bangsa: <input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain	
Marital Status / Taraf Perkahwinan: <input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Kahwin <input type="checkbox"/> Divorced / Berceraai <input type="checkbox"/> Widow / Balu <input type="checkbox"/> Widower / Duda	
Occupation / Pekerjaan:	

DETAILS OF PERSON COVERED / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DILINDUNGI

Name (As in NRIC / Passport) / Nama (Seperti dalam K.P./Pasport):	
New NRIC / Passport No. / No. K.P. Baru / Pasport:	Nationality / Warganegara:
Email / Emel:	
Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Tarikh Lahir (hh/bb/tttt):	Gender / Jantina: <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
Race / Bangsa: <input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain	Height / Tinggi: _____ cm Weight / Berat: _____ kg
Occupation / Pekerjaan:	Fulltime Student / Pelajar Sepenuh Masa: <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<input type="checkbox"/> Non-manual, administrative or clerical work / Kerja bukan manual, pentadbiran atau perkeranian <input type="checkbox"/> Work of a supervisory nature or work which involves frequent travelling but not involve manual work / Kerja-kerja pengawasan atau kerja yang melibatkan perjalanan yang kerap tetapi tidak terlibat dalam kerja manual <input type="checkbox"/> Involve occasional or regular manual work or use of manual tools / Melibatkan kerja manual yang kerap atau biasa atau menggunakan alat manual <input type="checkbox"/> Involves the use of power tools / Melibatkan penggunaan alat kuasa <input type="checkbox"/> Involves operating heavy equipment / Melibatkan dalam mengendalikan peralatan berat <input type="checkbox"/> Off-shore related work or air crew or ship crew / Kerja berkaitan luar pantai atau krew udara atau krew kapal <input type="checkbox"/> Member of the armed forces or uniformed personnel / Anggota angkatan bersenjata atau kakitangan berseragam	
Relationship to Proposer / Perhubungan dengan Pencadang: <input type="checkbox"/> Self / Sendiri <input type="checkbox"/> Husband / Suami <input type="checkbox"/> Wife / Isteri <input type="checkbox"/> Child / Anak <input type="checkbox"/> Parent / Ibu-Bapa	
Choice of Plan for Covered Person / Pilihan Pelan Untuk Orang Yang Dilindungi:	
Basic Cover / Perlindungan Utama:	<input type="checkbox"/> 75 VIP <input type="checkbox"/> 120 VIP
Optional Top-Up Takaful / Perlindungan Tambahan:	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

DETAILS OF CONTRIBUTION / BUTIR-BUTIR CARUMAN

Contribution Payment Frequency / Kekerapan Bayaran Caruman:	<input type="checkbox"/> Yearly / Tahunan <input type="checkbox"/> Monthly / Bulanan
Contribution paid is on a monthly contribution may be higher than annual contribution / Pembayaran caruman secara bulanan mungkin lebih daripada caruman tahunan.	

QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK

1. Does the person to be covered have any deformity or illness?
Adakah orang yang dilindungi mempunyai sebarang kecacatan atau penyakit? Yes / Ya No / Tidak

2. Has the person to be covered ever undergone any surgical operation?
Pernahkah orang yang dilindungi mengalami sebarang pembedahan? Yes / Ya No / Tidak

3. Has the person to be covered ever been hospitalised for any illness or injury?
Pernahkah orang yang dilindungi dimasukkan ke hospital untuk sebarang penyakit atau kecederaan? Yes / Ya No / Tidak

4. Is the person to be covered currently under medication or supervision of a doctor or physician for any illness or disability?
Adakah orang yang dilindungi sedang mengambil ubat atau diawasi oleh doktor untuk sebarang penyakit atau kecacatan? Yes / Ya No / Tidak

5. Has the person to be covered ever been advised to have a surgical operation which has yet to be performed?
Pernahkah orang yang dilindungi dinasihatkan supaya menjalani pembedahan yang belum lagi dilaksanakan? Yes / Ya No / Tidak

6. Is the person to be covered a carrier of any condition, such as hepatitis, etc..?
Adakah orang yang dilindungi pembawa sebarang penyakit, seperti hepatitis, dll..? Yes / Ya No / Tidak

7. If any of Question 1 to 6 is answered "Yes", please complete the details below.
Please use a separate sheet of paper if necessary.
Jika jawapan anda adalah "Ya" kepada mana-mana soalan daripada 1 ke 6, sila beri maklumat lanjut di bawah.
Sila gunakan kertas lampiran jika perlu.

Question Number Nombor Soalan	Date of Disability Tarikh Kecacatan	Description of Disability Keterangan Bersabit Kecacatan	Result of Treatment Keputusan Rawatan	Name and Address of Doctor and Hospital Nama dan Alamat Doktor dan Hospital

8. Has the person to be covered ever had an application for or renewal of health takaful certificate declined or accepted at other than normal terms?
Adakah orang yang dilindungi pernah mempunyai permohonan atau membuat pembaharuan sijil takaful kesihatan yang ditolak atau diterima selain daripada terma biasa?
If the answer is "Yes", please give details / Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut: Yes / Ya No / Tidak

9. Is the person to be covered currently covered under any other health Takaful Certificate?
Adakah orang yang akan dilindungi kini dilindungi dengan lain-lain Sijil Takaful kesihatan?
If the answer is "Yes", please give details / Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut: Yes / Ya No / Tidak

10. My usual doctor is / Doktor biasa saya adalah:

Name / Nama:

Address / Alamat:

Telephone No. / No. Telefon:

DECLARATION / PENGAKUAN

I/We hereby authorise Programme Manager, any hospital surgeon, medical practitioner, clinic or other person who has attended to the covered person for any reason, to disclose to the Company any and all information with respect to any illness or injury and to provide copies of all hospital or medical records and certification, including earlier medical history. A photostat copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

I/We hereby declare that the above answers and statements are true, and that I / We have withheld no information whatever regarding this Proposal. I/We agree that this Declaration and the answers above given, as well as any proposal or declaration or statement made in writing by Me/Ourselves or any one acting on My / Our behalf shall form the basis of the Contract between Me / Ourselves and Archipelago Insurance Limited, and I / We further agree to accept indemnity subject to the conditions in and endorsed on the Certificate.

I / We understand that it is my/our duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form and I/we hereby declare that I/we have fully and accurately answered the questions above.

I / We hereby agree that my / our entitlement for surplus sharing shall go to the contingency / charity fund and shall be managed by the Company in accordance with Shariah guidelines.

Saya/Kami dengan ini mengizinkan Pengurus Program, pihak hospital, pakar pembedahan, pegawai perubatan, klinik dan mana-mana pihak yang telah merawat orang yang dilindungi untuk sebarang sebab untuk mengemukakan kepada Syarikat semua matlumat yang berkaitan dengan sebarang kesakitan atau kecederaan itu, dan juga membekalkan salinan semua rekod hospital atau perubatan, pengesanan, termasuk sejarah perubatan yang lampau. Salinan borang ini tetap diterima sah dan laku dan sama taraf dengan borang asal.

Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa jawapan dan kenyataan di atas adalah benar, dan bahawa Saya/ Kami tidak merahsiakan sebarang maklumat yang berkaitan dengan Cadangan ini. Saya/Kami juga bersetuju bahawa Perisytiharan dan jawapan yang diberikan di atas, serta sebarang cadangan atau pengisytiharan atau kenyataan yang dibuat secara bertulis oleh Saya / Kami atau sesiapa yang bertindak bagi pihak Saya / Kami akan menjadi asas Kontrak di antara Saya / Kami dengan pihak Archipelago Insurance Limited, dan Saya / Kami seterusnya bersetuju untuk menerima indemniti yang tertakluk kepada syarat dan endorsemen ke atas Sijil.

Saya / Kami faham bahawa menjadi tanggungjawab saya/ kami untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dan saya/kami dengan ini mengaku bahawa saya/kami telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat soalan di atas.

Bahawasanya saya / kami dengan ini bersetuju bahawa kelayakan saya / kami untuk perkongsian lebihan akan diberikan kepada dana luar jangka / amal dan akan diuruskan oleh Syarikat mengikut garis panduan Syariah.

Date (dd/mm/yyyy) / Tarikh (hh/bb/tttt):

Signature / Tandatangan



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

Registered Office Address :
Brumby Centre,
Lot 42, Jalan Muhibbah,
87000 Labuan FT, Malaysia.

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

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