

MEDIBOOSTER TAKAFUL PROPOSAL FORM | BORANG CADANGAN

IMPORTANT NOTICE

Pursuant to Section 152 of the Labuan Islamic Financial Services and Securities Act 2010, you are to take reasonable care not to make a misrepresentation when answering any questions in the proposal form or in any request made by the Company before the certificate is issued, varied or renewed/reinstated. In addition, you are also required to take reasonable care to disclose to the Company any matter that you know to be relevant to the decision of the Company on whether to accept this proposal or not and the rates and terms to be applied and this duty to exercise utmost good faith is extended to all your dealings with the Company after the certificate has been issued varied or renewed/reinstated, including the making of a claim.

NOTIS PENTING

Menurut Seksyen 152 Akta Perkhidmatan Kewangan dan Sekuriti Islam Labuan 2010, anda dikehendaki menyatakan dengan jujur dan lengkap di dalam borang cadangan ini atau di dalam mana-mana permintaan yang dibuat oleh Syarikat sebelum sijil dikeluarkan, diperbaharui/ dikuatkuasa semula. Dalam pada itu, anda juga dikehendaki mendedahkan segala maklumat yang anda tahu berkenaan keputusan Syarikat samada untuk menerima cadangan Takaful hayat ini atau tidak dan menurut segala kadar serta syarat-syarat yang ditetapkan dalam segala urusan dengan Syarikat selepas sijil dikeluarkan, diperbaharui/ dikuatkuasa semula termasuk untuk membuat tuntutan.

Please complete this form using capital letters / Sila isi 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:
Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Tarikh Lahir (hh/bb/tttt):	Email / Emel:
Occupation / Pekerjaan:	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	

DETAILS OF PERSON COVERED / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DILINDUNGI		
Name (As in NRIC / Passport) / Nama (Seperti dalam K.P./Pasport):		
New NRIC / Passport / Birth Cert No. / No. K.P. Baru / Pasport / Sijil Kelahiran:	Nationality / Warganegara:	
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:	Height / Tinggi:	Weight / Berat:
<input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain	cm	kg
Fulltime Student / Pelajar Sepenuh Masa:		
<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak		

DETAILS OF PERSON COVERED (Continuation) / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DILINDUNGI (Sambungan)**Occupation / Pekerjaan:**

- Non-manual, administrative or clerical work / Kerja bukan manual, pentadbiran atau perkeranian
- 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
- Involve occasional or regular manual work or use of manual tools / Melibatkan kerja manual yang kerap atau biasa atau menggunakan alat manual
- Involves the use of power tools / Melibatkan penggunaan alat kuasa
- Involves operating heavy equipment / Melibatkan dalam mengendalikan peralatan berat
- Off-shore related work or air crew or ship crew / Kerja berkaitan luar pantai atau krew udara atau krew kapal
- Member of the armed forces or uniformed personnel / Anggota angkatan bersenjata atau kakitangan berseragam

Relationship to Proposer / Perhubungan dengan Pencadang:

- Self / Sendiri Husband / Suami Wife / Isteri Child / Anak Parent / Ibumapa

Choice of Plan for Covered Person / Pilihan Pelan Untuk Orang Yang Dilindungi:

- Basic Cover / Perlindungan Utama: Plan 1 / Pelan 1 Plan 2 / Pelan 2 Plan 3 / Pelan 3

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?
Pernakah orang yang dilindungi menjalani sebarang pembedahan? Yes / Ya No / Tidak
3. Has the person to be covered ever been hospitalised for any illness or injury?
Pernakah 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?
Pernakah 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 <i>Nombor Soalan</i>	Date of Disability <i>Tarikh Kecacatan</i>	Description of Disability <i>Keterangan Bersabit Kecacatan</i>	Result of Treatment <i>Keputusan Rawatan</i>	Name and Address of Doctor and Hospital <i>Nama dan Alamat Doktor dan Hospital</i>

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

QUESTIONNAIRE (Continuation) / SOAL SELIDIK (Sambungan)

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

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

Name / Nama:

Address / Alamat:

Telephone No. / No. Telefon:

DECLARATION / PENGAKUAN

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 authorise Archipelago Insurance Limited, 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 relevant parties 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.

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 tetap soalan di atas.

Saya / Kami dengan ini mengizinkan Archipelago Insurance Limited, 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 pihak yang berkaitan semua maklumat yang berkaitan dengan sebarang kesakitan atau kecederaan itu, dan juga membekalkan salinan semua rekod hospital atau perubatan, pengesahan, termasuk sejarah perubatan yang lampau. Salinan borang ini tetap diterima sah dan laku dan sama taraf dengan borang asal.

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

Signature / Tandatangan