

HEALTH DECLARATION FORM BORANG PENGAKUAN KESIHATAN

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

You are required to disclose in this form fully and faithfully all the relevant facts, which you know or ought to know to be relevant for AmMetLife Takaful Berhad ("AmMetLife Takaful") to decide whether to accept the application or not. It is also your duty to take reasonable care not to make representation when you answer any of the questions in this form and other supporting documents. Otherwise, the Takaful benefit reinstated or the endorsement pursuant to this form will not be payable if it is proven the misrepresentation was fraudulently made.

You will continue to inform AmMetLife Takaful in writing if there are any changes to the disclosure made in this form in accordance to the declaration made in this form between the date of signing until the Certificate is reinstated, varied or renewed.

Anda bertanggungjawab untuk menyatakan di dalam borang ini secara penuh dan jujur semua fakta yang berkenaan, yang anda tahu atau patut tahu ia adalah relevan, untuk AmMetLife Takaful Berhad ("AmMetLife Takaful") membuat keputusan sama ada untuk menerima permohonan ini atau tidak. Adalah juga menjadi tanggungjawab anda untuk mengambil langkah berhati-hati supaya memberi kenyataan yang benar apabila anda menjawab sebarang soalan di dalam borang ini dan dokumen-dokumen sokongan lain. Jika tidak, pengembalian semula atau endorsement manfaat takaful berdasarkan borang ini tidak akan dibayar sekiranya terbukti kenyataan yang tidak benar itu diberi dengan niat untuk melakukan penipuan.

Anda akan terus memaklumkan kepada AmMetLife Takaful secara bertulis sekiranya terdapat sebarang pertukaran kepada pendedahan yang dibuat dalam borang ini menurut pengakuan yang dibuat dalam borang ini di antara tarikh menandatangani sehingga tarikh pengembalian, pengubahan atau pembaharuan Sijil.

Certificate No. / No. Sijil	
Name of Certificate Holder / Nama Pemegang Sijil	
Name of Participant / Nama Peserta	
Address / Alamat	

**APPLICATION FOR
PERMOHONAN UNTUK**

Please mark [X] where appropriate. / Sila tandakan [X] pada petak yang berkenaan.

☐ Reinstatement / Pengembalian Semula	☐ Financial Alteration / Pindaan Kewangan - Increase in Sum Covered / Penambahan Jumlah Perlindungan - Addition of Supplementary Benefit (Rider) / Penambahan Manfaat Tambahan (Rider) - Remove / Reduce Medical Rating / Exclusion - Penghapusan / Pengurangan Perkadaran / Pengecualian	☐ Others, please specify / Lain-lain, sila nyatakan
---	--	---

**SECTION A: HEIGHT AND WEIGHT DETAILS
SEKSYEN A: MAKLUMAT KETINGGIAN DAN BERAT BADAN**

	Height / Tinggi (cm)	Weight / Berat (kg)	Gain / Loss of Weight in the Past Year / Peningkatan / Penurunan berat dalam masa setahun
Certificate Holder Pemegang Sijil			
Participant Peserta			

SECTION B: OCCUPATION DETAILS

SEKSYEN B: MAKLUMAT PEKERJAAN

	Certificate Holder / Pemegang Sijil	Participant / Peserta
What is your present occupation? <i>Apakah pekerjaan anda sekarang?</i>		
Please give further details as below: / <i>Sila berikan maklumat lanjut di bawah:</i>		
1. Since (date) / <i>Sejak (tarikh)</i> _____ (DD/MM/YYYY) / (HH/BB/TTTT)		
2. Please describe your occupation exact duties in detail. / <i>Sila huraikan pekerjaan anda secara terperinci.</i>		
3. What is your annual income? / <i>Berapakah pendapatan tahunan anda?</i> RM _____		

SECTION C: HEALTH & GENERAL QUESTIONS
SEKSYEN C: SOALAN-SOALAN KESIHATAN & AM

Note: All questions listed below **MUST** be answered. If you have answered YES to any of the questions, please provide details in the column provided below. / **Nota:** Semua soalan yang tersenarai di bawah **HENDAKLAH** dijawab. Jika anda menjawab **YA** bagi mana-mana soalan berikut, sila berikan butiran secara terperinci pada ruangan yang disediakan di bawah.

SECTION C: HEALTH & GENERAL QUESTIONS SEKSYEN C: SOALAN-SOALAN KESIHATAN & AM		Participant / Peserta		Certificate Holder / Pemegang Sijil	
Note: All questions listed below MUST be answered. If you have answered YES to any of the questions, please provide details in the column provided below. / Nota: Semua soalan yang tersenarai di bawah HENDAKLAH dijawab. Jika anda menjawab YA bagi mana-mana soalan berikut, sila berikan butiran secara terperinci pada ruangan yang disediakan di bawah.		Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
1.	Height / Tinggi ; Weight / Berat (a) Has your weight changed by more than 5 kg in the past 12 months? / Adakah berat anda berubah lebih dari 5 kg dalam 12 bulan yang lepas? (b) If yes, how much and why? / Jika ya, berapa banyak dan mengapa? Participant / Peserta: _____ Certificate Holder / Pemegang Sijil: _____	cm	kg	cm	kg
2.	Have you ever smoked or use any tobacco / nicotine product (eg. cigarettes, cigar or pipes) in the last 12 months? If yes, please state how many cigarettes/day. Adakah anda pernah merokok atau menggunakan sebarang tembakau / produk nikotin dalam 12 bulan yang lepas? Jika ya, sila nyatakan berapa batang/sehari. Participant / Peserta: _____cigarettes/day / batang/sehari Certificate Holder / Pemegang Sijil: _____cigarettes/day / batang/sehari	☐	☐	☐	☐
3.	Do you consume any alcohol or taking any non prescriptions drugs or have been treated for alcohol or drug addiction? If yes, please provide details. / Adakah anda meminum sebarang minuman beralkohol atau mengambil sebarang dadah yang tiada preskripsi doktor atau pernah dirawat untuk ketagihan alkohol? Jika ya, sila berikan maklumat terperinci. Type of alcohol or drugs / Jenis alkohol atau dadah: _____ Daily average consumption / Purata pengambilan sehari: _____	☐	☐	☐	☐
4.	Have you ever been informed, investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for any conditions listed below? If yes, please provide full details (including medical condition, date of diagnosis, treatment prescribed, name and address of attending doctor). / Pernahkah anda diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang rawatan perubatan atau pembedahan untuk mana-mana keadaan yang disenaraikan di bawah? Jika ya, sila berikan maklumat terperinci (termasuk keadaan penyakit, tarikh diagnosis, rawatan yang diberikan, nama dan alamat doktor yang merawat). (a) Disease or disorder of the eyes, ears, nose, mouth, vocal cords or throat, Nose-bleed, ear discharge, double vision, blindness, deafness, impaired sight or hearing or speech problems? / Penyakit atau gangguan pada otak, mata, telinga, hidung, mulut atau tekak, Pendarahan hidung, discaj telinga, penglihatan, berganda, buta, pekak, penglihatan atau pendengaran atau pertuturan terjejas? (b) Discomfort or tightness of chest, breathlessness, chest pain, palpitation, heart attack, high blood pressure, stroke, angina, temporary ischaemic attack (TIA), high cholesterol, rheumatic fever, heart murmur, heart valve disease, or disorder any disease of the heart or blood vessels? / Tidak selesa atau ketegangan dada, sesak nafas, sakit dada, degupan laju pada jantung, serangan jantung, tekanan darah tinggi, angin ahmar, angina, serangan iskemia sementara (TIA), kolestrol tinggi, demam reumatik, desir jantung, penyakit injap jantung, atau penyakit berkaitan dengan darah atau sebarang penyakit berkaitan dengan jantung dan salurannya? (c) Gall-bladder stones, jaundice, hepatitis (including hepatitis B or C carrier), duodenal or gastric ulcer, colitis, Crohn's disease, pancreatitis, hernia, hemorrhoids, blood in stools or any digestive disorder or disorder of the gall bladder, liver, stomach, pancreas, billiary system or bowel? / Batu hempedu, demam kuning, hepatitis (termasuk pembawa hepatitis B atau C), ulser duodenal atau gastrik, kolitis, penyakit Crohn, pankreatitis, angin pasang, buasir, najis berdarah atau apa-apa gangguan pencernaan atau gangguan pundi hempedu, hati, perut, pankreas, sistem billiari atau usus? (d) Diabetes, abnormal blood sugar, albumin, blood, sugar or pus cells in the urine, gastritis, kidney stones or other disorders of the kidney, prostate or genitourinary system, goiter, thyroid or other endocrine system disorder? / Kencing manis, kandungan gula dalam darah yang tidak normal, albumin, darah, gula atau nanah di dalam air kencing, gastritis, batu karang atau sebarang penyakit yang berkaitan buah pinggang, prostat atau sistem pembuangan, kecacatan kelenjar goiter, tiroid atau penyakit sistem endokrin lain?	☐	☐	☐	☐

10.	For FEMALE Only / Untuk WANITA Sahaja (a) Are you currently pregnant? If yes, please state the gestational period and expected date of delivery. / Adakah anda sedang mengandung? Jika ya, sila nyatakan usia kandungan dan tarikh dijangka bersalin.	☐	☐	☐	☐
	(b) Have you had any disease or disorder of the breast, cervix uteri, uterus or ovaries, menstrual disorder or complications at childbirth? / Pernahkah anda mengalami penyakit atau gangguan pada payu dara, serviks uteri, uterus atau ovari, masalah haid atau kesulitan ketika melahirkan anak?	☐	☐	☐	☐
	(c) 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? / Pernahkah anda menjalani pemeriksaan pap smear, mamogram, biopsi, ultrabunyi payu dara atau pelvik, biopsi kon atau kolposkopi atau sebarang penyiasatan berhubung dengan ginekologi dan didapati tidak normal, atau anda dinasihatkan untuk mengulanginya dalam tempoh enam (6) bulan?	☐	☐	☐	☐

11.	For CHILD AGE 3 YEARS OLD and BELOW ONLY / Untuk ANAK BERUMUR 3 TAHUN dan KE BAWAH SAHAJA Was the child's birth abnormal or pre-mature? If yes, please provide details. / Adakah anak ini dilahirkan abnormal atau tidak cukup bulan? Jika ya, sila berikan maklumat terperinci. ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Weight at birth / Berat sewaktu dilahirkan: _____ kg Number of weeks premature / Bilangan minggu yang tidak cukup: _____ weeks / minggu Nature of abnormality / Sifat yang tidak normal: _____ If you answer "Yes" to any of the questions above, please indicate the relevant question number and provide full details of Diagnosis, Date, Duration, Name and Address of all attending doctor(s) together with treatment details (if the space is insufficient, please write on a supplementary sheet, sign and attach it to this Form). / Jika anda menjawab "Ya" kepada soalan-soalan di atas, sila nyatakan nombor soalan dan beri butir-butir yang lengkap termasuk Diagnosis, Tarikh, Tempoh, Nama dan Alamat Doktor yang merawat serta butiran rawatan yang diberi. (Jika kekurangan ruang, sila tuliskan di dalam kertas yang berasingan, tandatangan dan lampirkannya bersama borang ini).
	If treated at Hospital / Jika dirawat di Hospital Hospital / Hospital: Date of Admission / Tarikh Masuk: Registration No. / No. Pendaftaran:

12.	Total amount of existing Takaful or insurance coverage on yourself (including pending proposals with other Takaful/insurance companies). / Jumlah perlindungan Takaful atau insurans sedia ada ke atas diri anda (termasuk cadangan tertunggak dengan syarikat Takaful/insurans lain).																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Person / Individu</th> <th style="width: 20%;">Company / Syarikat</th> <th style="width: 20%;">Death Benefit / Manfaat Kematian</th> <th style="width: 30%;">Critical Illness/Hospital/Accident Benefits / Penyakit Kritikal/Hospital/Kemalangan</th> <th style="width: 10%;">Date Issued / Tarikh Dikeluarkan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Participant / Peserta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Participant / Peserta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Certificate Holder / Pemegang Sijil</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Certificate Holder / Pemegang Sijil</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Person / Individu	Company / Syarikat	Death Benefit / Manfaat Kematian	Critical Illness/Hospital/Accident Benefits / Penyakit Kritikal/Hospital/Kemalangan	Date Issued / Tarikh Dikeluarkan	Participant / Peserta					Participant / Peserta					Certificate Holder / Pemegang Sijil					Certificate Holder / Pemegang Sijil				
Person / Individu	Company / Syarikat	Death Benefit / Manfaat Kematian	Critical Illness/Hospital/Accident Benefits / Penyakit Kritikal/Hospital/Kemalangan	Date Issued / Tarikh Dikeluarkan																						
Participant / Peserta																										
Participant / Peserta																										
Certificate Holder / Pemegang Sijil																										
Certificate Holder / Pemegang Sijil																										

SECTION D: DECLARATION
SEKSYEN D: PENGAKUAN

1.	I/We agree that AmMetLife Takaful, AmBank Group and/or MetLife Inc. and its subsidiaries and affiliates (MetLife Group), and their related companies, subsidiaries, holding company, business partners and any third party (within or outside Malaysia) can share and use/my our data and personal information for the purpose of promoting its related companies', subsidiaries', holding company's, business partners' and any third party products, new services and support requirements; and marketing campaigns and commercial transaction activities. I/We can withdraw this permission at any time by notifying AmMetLife Takaful know in writing. / Saya/Kami bersetuju bahawa AmMetLife Takaful, Kumpulan AmBank dan/atau MetLife Inc dan anak syarikat dan sekutu (Kumpulan MetLife), dan syarikat-syarikat berkaitan, anak syarikat, syarikat induk, rakan kongsi perniagaan dan mana-mana pihak ketiga (dalam atau di luar Malaysia) boleh berkongsi dan menggunakan data saya/kami dan maklumat peribadi untuk maksud menggalakkan syarikat syarikat berkaitan, syarikat-syarikat subsidiari, pegangan, rakan kongsi perniagaan syarikat dan mana-mana produk pihak ketiga, perkhidmatan baru dan keperluan sokongan; dan kempen pemasaran dan aktiviti-aktiviti urus niaga perdagangan. Saya/Kami boleh menarik balik kebenaran ini pada bila-bila masa dengan memberitahu AmMetLife Takaful secara bertulis.
	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

2.	I/We further understand and agree that AmMetLife Takaful shall have the right to use my/our data and personal information for the purpose of the Takaful operational process which might include transfer of data and personal information, within or outside Malaysia, to MetLife Group, AmMetLife Takaful's other related companies, subsidiaries and/or its holding companies, outsourcing partners, retakafuls, solicitors, affiliate companies including their outsourcing partners and to any regulatory bodies, or any relevant foreign tax authority, including any reporting obligations by AmMetLife Takaful, its shareholders or its related/affiliated entities under the United States Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA). I/We can withdraw this permission at any time by notifying AmMetLife Takaful in writing. / Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa AmMetLife Takaful berhak untuk menggunakan data dan maklumat peribadi saya/kami untuk tujuan proses operasi Takaful yang mungkin termasuk pemindahan data dan maklumat peribadi, di dalam atau di luar Malaysia, ke Kumpulan MetLife, lain-lain syarikat berkaitan AmMetLife Takaful, subsidiari dan/atau syarikat pegangan, rakan-rakan khidmat luar, pegendali takaful semula, penguamcara, syarikat-syarikat gabungan, rakan-rakan khidmat luar mereka dan kepada sebarang badan pengawal selia, atau mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan termasuk sebarang keperluan laporan oleh AmMetLife Takaful, pemegang-pemegang saham atau entiti berkaitan/gabungan di bawah Akta Pematuhan Cukai Akaun Asing Amerika Syarikat (FATCA). Saya/Kami boleh menarik semula kebenaran ini pada bila-bila masa dengan memaklumkan secara bertulis kepada AmMetLife Takaful.
3.	I/We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of any data and personal information held by AmMetLife Takaful concerning me/us. Such request can be made via a written request to AmMetLife Takaful. / Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak untuk mendapatkan akses dan untuk memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi dan data yang dipegang oleh AmMetLife Takaful berkenaan saya/ kami. Permohonon tersebut boleh dilakukan secara bertulis kepada AmMetLife Takaful.
4.	I/We have read and understood the AmMetLife Takaful's Privacy Notice, which is available at AmMetLife Takaful website and branches. / Saya/Kami telah membaca dan memahami Notis Privasi AmMetLife Takaful, yang terdapat di laman web dan cawangan-cawangan AmMetLife Takaful.
5.	I/We hereby provide consent to AmMetLife Takaful to conduct credit checks with any credit reporting agency in Malaysia and for the AmMetLife Takaful to receive the credit report containing my credit information from the credit reporting agency. / Saya/Kami dengan ini memberi kebenaran kepada AmMetLife Takaful untuk menjalankan pemeriksaan kredit dengan mana-mana agensi pelaporan kredit di Malaysia dan bagi AmMetLife Takaful untuk menerima laporan kredit yang mengandungi maklumat kredit saya dari agensi pelaporan kredit.
6.	I/We understand that AmMetLife Takaful will deduct any withholding required by FATCA. / Saya/Kami memahami bahawa AmMetLife Takaful akan memotong sebarang penyekatan yang diperlukan oleh FATCA.
7.	I/We further understand that AmMetLife Takaful reserves the right, within its sole discretion, to cancel this application in the event that appropriate documentation of my/our US or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to AmMetLife Takaful. In particular, in the event that applicable laws or regulations of Malaysia would prohibit withholding on payments to the certificate or prohibit the reporting of the certificate, and no waiver of such local law is obtained, AmMetLife Takaful reserves the right to terminate the certificate. / Saya/Kami juga memahami bahawa AmMetLife Takaful berhak, menurut budi bicara, untuk membatalkan permohonan ini sekiranya dokumen-dokumen daripada saya/kami yang diperlukan berkenaan dengan status AS atau bukan AS untuk tujuan FATCA tidak diserahkan dalam masa yang ditetapkan kepada AmMetLife Takaful. Khususnya, sekiranya undang-undang atau peraturan-peraturan Malaysia yang berkaitan akan menghalang sekatan pembayaran kepada sijil atau menghalang laporan kepada sijil tersebut dan tiada pelepasan yang diterima daripada undang-undang tempatan tersebut, AmMetLife Takaful berhak untuk menutup sijil tersebut.
8.	I/We declare, in my/our capacity as the Certificate Holder and/or Participant that: / Saya/Kami mengaku, dalam kapasiti saya/kami sebagai Pemegang Sijil dan/atau Peserta bahawa: All statement and answers in this form are full, complete and true. I/we understand that AmMetLife Takaful may be entitled to take necessary actions in accordance with Schedule 9 of the Islamic Financial Services Act 2013 which include rejecting to pay any claim, change the underwriting terms or terminate the coverage under the Takaful Certificate if any of the responses are found to be incorrect, untrue or false. Saya/kami faham bahawa AmMetLife Takaful berhak mengambil tindakan yang diperlukan mengikut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 termasuk menolak untuk membayar apa-apa tuntutan, menukar terma pengunderaitan atau menamatkan perlindungan dalam Sijil Takaful jika mana-mana respon didapati tidak betul, tidak benar atau salah.
9.	I/We agree that the proposed reinstatement, change or addition shall not be considered as effected until the application is approved by an authorised Officer of AmMetLife Takaful. Saya/Kami bersetuju bahawa pengembalian semula, pertukaran atau tambahan yang dicadangkan tidak boleh dianggap sebagai berkuatkuasa sehingga permohonan ini diluluskan oleh Pegawai AmMetLife Takaful yang berkuatkuasa.
10.	I/We consent and authorise: / Saya/Kami memberi izin dan kuasa kepada: (a) AmMetLife Takaful to obtain; and/or / AmMetLife Takaful untuk mendapatkan; dan/atau (b) any medical practitioner, hospital, medical institution/centre, clinic, insurance company/takaful operator, or any person (whether incorporated or not) who has attended me or has my health records, to provide the relevant information and documents required by AmMetLife Takaful to determine whether to accept or approve the reinstatement or alteration application. I/We further agree that a photocopy of this authorisation will be as effective and valid as the original. / mana-mana pengamal perubatan, hospital, institusi/pusat perubatan, klinik, syarikat insurans/pegendali takaful, atau mana-mana individu (sama ada diperbadankan atau tidak) yang pernah merawat saya atau memiliki rekod ke atas saya atau rekod kesihatan saya, untuk memberikan maklumat yang berkaitan dan dokumen-dokumen yang diperlukan oleh AmMetLife Takaful untuk menentukan sama ada untuk menerima permohonan untuk pengembalian semula Sijil atau pertukaran. Saya juga bersetuju bahawa salinan pemberian kuasa ini adalah sah dan boleh diguna pakai seperti salinan asal.

Signature of Certificate Holder/
Tandatangan Pemegang Sijil

Signature of Participant/
Tandatangan Peserta

Signature of Witness/
Tandatangan Saksi

Name / Nama :
NRIC No. / No. KP :
Tel No. / No. Tel :
Date / Tarikh :

Name / Nama :
NRIC No. / No. KP :
Tel No. / No. Tel :
Date / Tarikh :

Name / Nama :
NRIC No. / No. KP :
Tel No. / No. Tel :
Date / Tarikh :