



Sales Representative's Name <i>Nama Wakil Jualan</i>		Sales Representative's Mobile No. <i>No. Telefon Bimbit Wakil Jualan</i>	
Sales Representative's Code <i>Kod Wakil Jualan</i>		Sales Representative's Email Address <i>Alamat E-mel Wakil Jualan</i>	

REINSTATEMENT APPLICATION FORM / BORANG PERMOHONAN PENGUATKUASAAN SEMULA

Important Notes / Nota-nota Penting :

Pursuant to Schedule 9 of the Islamic Financial Services Act 2013, you are obliged to provide all information required in this Reinstatement Application Form and disclose any other matter that you know to be relevant to Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad's ("Takaful Malaysia") decision in accepting the risk and determining the rates and terms to be applied, otherwise it will result in voidance of contract, refusal of claims or change of terms. This duty of disclosure shall continue until your certificate is reinstated pursuant to this Reinstatement Application Form. You are also obliged to take reasonable care not to make a misrepresentation in providing all information and in making the disclosure. It is important that this Reinstatement Application Form is completed accurately as it will form part of the Takaful Contract. The plan coverage is effective upon receipt of completed documents (including all additional documents arising from the underwriting assessment) and successful payment of your contribution. An endorsement slip/letter will be issued after your application is accepted by Takaful Malaysia, and the endorsement slip/letter will form part of the Takaful Contract.

Di bawah Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda perlu memberi semua maklumat yang diperlukan di dalam Borang Permohonan Penguatkuasaan Semula ini dan mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu berkaitan dengan keputusan Syarikat Takaful Malaysia Am Berhad ("Takaful Malaysia") dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, jika tidak, ia akan menyebabkan pembatalan kontrak, penolakan tuntutan atau perubahan syarat-syarat. Kewajipan pendedahan ini akan berterusan sehingga sijil anda dikuatkuasakan mengikut Borang Permohonan Penguatkuasaan Semula ini. Anda juga bertanggungjawab untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak membuat salah nyata dalam memberikan semua maklumat dan membuat pendedahan tersebut. Adalah mustahak untuk Borang Permohonan Penguatkuasaan Semula ini dilengkapkan dengan tepat kerana ia akan menjadi sebahagian daripada Kontrak Takaful. Perlindungan pelan akan berkuat kuasa setelah kesemua dokumen-dokumen (termasuk dokumen tambahan daripada penilaian pengunderaitan) dan bayaran caruman anda berjaya. Slip/surat endorsemen akan dikeluarkan selepas permohonan anda diterima oleh Takaful Malaysia dan slip/surat endorsemen tersebut akan menjadi sebahagian daripada Kontrak Takaful.

INSTRUCTIONS: Please complete this form in **CAPITAL LETTERS** and tick (✓) in the boxes as appropriate. / **ARAHAN:** Sila isi borang ini dengan menggunakan **HURUF BESAR** dan tandakan (✓) pada petak yang berkenaan.

PART 1 : DETAILS OF PARTICIPANT AND PERSON COVERED / BUTIR-BUTIR PESERTA DAN ORANG YANG DILINDUNGI

1	Cert. / e-Cert. No. <i>No. Sijil / e-Sijil</i>		
2	Name of Person Covered <i>Nama Orang yang Dilindungi</i>		
3	NRIC <i>No. Kad Pengenalan</i>		Other ID No. <i>No. ID Lain</i>
4	Name of Participant <i>Nama Peserta</i>		
5	NRIC <i>No. Kad Pengenalan</i>		Other ID No. <i>No. ID Lain</i>
6	Correspondence Address <i>Alamat Surat-menyerut</i>		
	Postcode <i>Poskod</i>	State <i>Negeri</i>	Country <i>Negara</i>
7	Mobile Number <i>No. Telefon Bimbit</i>		8 Email Address <i>Alamat E-mel</i>

PART 1: APPLICABLE FOR CERTIFICATE LAPSE WITHIN 6 MONTHS / BAHAGIAN 1: DIGUNA PAKAI UNTUK SIJIL YANG LUPUT DALAM TEMPOH 6 BULAN

Please complete PART 2 if the above answer is 'No'. / Sila lengkapkan BAHAGIAN 2 sekiranya jawapan di atas adalah 'Tidak'.

PART 2 (a): GENERAL INFORMATION / BAHAGIAN 2 (a): MAKLUMAT UMUM

If answer to Question 1,2 or 3 is 'Yes', please indicate the relevant question number and give full details (include those details specified in the respective question) in the space provided below.
 Jika jawapan kepada Soalan 1,2 atau 3 adalah 'Ya', sila tandakan nombor soalan berkaitan dan berikan butiran terperinci (termasuk butiran yang dinyatakan pada soalan yang berkenaan) di dalam ruangan yang disediakan di bawah.

If answer to Question 4 is 'Yes', please provide the following details in the space below.

Jika jawapan kepada Soalan 4 adalah 'Ya', sila berikan butiran berikut di dalam ruangan di bawah.

- | (i) Relationship with you
<i>Hubungan dengan anda</i> | (ii) Type of illness
<i>Jenis penyakit</i> | (iii) Age at onset
<i>Umur penyakit bermula</i> | (iv) Age of death (if applicable)
<i>Usia semasa meninggal (jika berkenaan)</i> |
|--|---|--|--|
|--|---|--|--|

Person A / Individu A	Person B / Individu B

Person A: Person Covered / Individu A: Orang yang Dilindungi

Rej. General 062025 Page / Muka Surat 2

Person A: Person Covered / Individu A: Orang yang Dilindungi		Person A / Individu A		Person B / Individu B	
Person B: Participant (if different from Person A) / Individu B: Peserta (sekiranya berlainan daripada Individu A)		Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
3	a) Have you had any diagnostic tests done such as X-ray, electrocardiogram (ECG), blood test, biopsy or others within the past 5 years? If 'Yes', please state date, results and reason for the tests. <i>Pernakah anda menjalani sebarang ujian diagnostik seperti X-ray, elektrokardiogram, ujian darah, biopsi atau lain-lain dalam tempoh 5 tahun yang lalu? Jika 'Ya', sila nyatakan tarikh, keputusan dan sebab menjalani ujian tersebut.</i>	☐	☐	☐	☐
	b) Have you ever had any illness, injury or disability lasting or require treatment for more than 7 days or been admitted to hospital or medical facilities? <i>Pernakah anda jatuh sakit atau mengalami kecederaan atau keilatan yang berlanjutan atau memerlukan rawatan lebih daripada 7 hari atau dimasukkan ke hospital atau tempat yang dilengkapi kemudahan perubatan?</i>	☐	☐	☐	☐
4	a) Have you or your spouse received or expect to receive any medical advice, counselling or treatment in connection with HIV infection, antibody blood test for HIV, AIDS or any other AIDS related condition? <i>Adakah anda atau pasangan menerima atau dijangka akan menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan jangkitan HIV, ujian darah antibodi terhadap HIV, AIDS atau sebarang penyakit berkaitan dengan AIDS?</i>	☐	☐	☐	☐
	b) Have you at anytime in the past three (3) months had continuous and unexplained symptoms of fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernakah anda pada bila-bila masa dalam tiga (3) bulan lepas mengalami simptom letih berterusan dan tidak dapat dijelaskan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau perlepuhan kulit yang luar biasa?</i>	☐	☐	☐	☐
5	Please state your height and weight. <i>Sila nyatakan ketinggian dan berat badan anda.</i>	Height / Ketinggian Weight / Berat Badan		cm kg	
6	Have you smoked tobacco, nicotine or any other substance listed below in the last 12 months? <i>Pernakah anda merokok tembakau, nikotin atau bahan-bahan lain seumpamanya yang disenaraikan di bawah dalam tempoh 12 bulan yang lepas?</i>				
	a) Cigarettes / Rokok If 'Yes', please complete the following / Jika 'Ya', sila isikan yang berikut: No. of cigarettes per day / Bilangan rokok sehari Total years of smoking / Jumlah tahun merokok	☐ 	☐	☐ 	☐
	b) Cigars / Cerut If 'Yes', please complete the following / Jika 'Ya', sila isikan yang berikut: No. of cigars per day / Bilangan cerut sehari Total years of smoking / Jumlah tahun merokok	☐ 	☐	☐ 	☐
	c) E-cigarettes / E-rokok	☐	☐	☐	☐
	d) Other tobacco / Tembakau lain If 'Yes', please complete the following / Jika 'Ya', sila isikan yang berikut: How many grams of tobacco per day / Berapakah jumlah gram pengambilan tembakau sehari Total years of smoking / Jumlah tahun merokok	☐ 	☐	☐ 	☐
	e) Other nicotine replacement products / Produk pengganti nikotin lain If 'Yes', please state the product used or being used. / Jika 'Ya', sila nyatakan produk yang digunakan atau sedang diguna. Product / Produk: _____	☐	☐	☐	☐
7	Have you been diagnosed or tested positive for Coronavirus / COVID-19 within the last 6 months? <i>Adakah anda didiagnosis atau diuji positif untuk Coronavirus / COVID-19 dalam tempoh 6 bulan yang lepas?</i>	☐	☐	☐	☐
8	FEMALE WITH AGE 16 AND ABOVE / PEREMPUAN BERUMUR 16 TAHUN DAN KE ATAS a) Are you pregnant? If 'Yes', how many month(s)? <i>Adakah anda hamil? Jika Ya, berapa bulan?</i>	☐ 	☐	☐ 	☐
	b) Have you ever had any disorder of the breast or female reproductive organs or menstrual disorder, abnormal pap smear(s) or any complication of pregnancy/child birth? <i>Pernakah anda mengalami masalah buah dada atau organ reproduktif wanita, gangguan haid, pap smear tidak normal atau komplikasi semasa mengandung/bersalin?</i>	☐	☐	☐	☐
9	CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY / KANAK-KANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA a) Is the child born premature (gestational age less than 37 weeks)? If 'Yes', please answer (b) to (d). <i>Adakah kanak-kanak lahir tidak cukup bulan (usia kandungan kurang daripada 37 minggu)? Jika 'Ya', sila jawab (b) hingga (d).</i>	☐	☐	☐	☐
	b) What was the birth weight? <i>Berapakah berat ketika lahir?</i>	kg		kg	
	c) Duration of hospital stay after birth? <i>Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan?</i>	Days / Hari		Days / Hari	
	d) Did or does the child suffer from any residual complications, impairments or physical defects? <i>Adakah kanak-kanak itu pernah atau masih terdapat komplikasi, kelemahan atau keilatan fizikal?</i>	☐	☐	☐	☐

If any of the answers to questions 1 to 4, 7, 8(b) or 9(d) is 'Yes', please indicate the question number and give the following details in space provided with reference to the pointers stated below; if applicable.
Jika mana-mana jawapan kepada soalan 1 hingga 4, 7, 8(b) atau 9(d) adalah 'Ya', sila tandakan nombor soalan dan berikan butiran lanjut di dalam ruang yang disediakan dengan merujuk petunjuk di bawah; jika berkenaan.

- | | | |
|---|--|--|
| (i) Question number
<i>Nombor soalan</i> | (iii) Nature of tests done, date, results and reason
<i>Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab</i> | (v) Name and address of attending doctor/clinics or hospital
<i>Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital</i> |
| (ii) Type of illness
<i>Jenis penyakit</i> | (iv) Duration and severity of illness/injury and date of last follow up
<i>Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir</i> | (vi) Current condition
<i>Keadaan semasa</i> |

Person A / Individu A	Person B / Individu B

Authorisation & Declaration / Kebenaran & Pengakuan

Saya/Kami dengan ini mengaku, sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya/kami, bahawa semua pernyataan di atas dan dokumen yang disertakan berhubung dengan permohonan ini (jika ada) adalah benar dan lengkap. Saya/Kami seterusnya bersetuju bahawa salinan Borang Penguatkuasaan Semula ini adalah efektif dan dianggap sah sebagaimana salinan asal.

Saya/Kami mengizinkan dan membenarkan Takaful Malaysia untuk memperoleh keterangan perubatan daripada mana-mana doktor, klinik, hospital atau organisasi yang mempunyai rekod atau maklumat mengenai kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami/orang yang dilindungi. Saya/Kami dengan ini mengakujaji akan memaklumkan kepada Takaful Malaysia jika terdapat apa-apa perubahan terhadap tahap kesihatan saya/kami/orang yang dilindungi dari tarikh akuan ini sebelum Sijil berkuat kuasa semula. Sekiranya saya/kami membatalkan permohonan penguatkuasaan semula ini, saya/kami memberi kebenaran kepada Takaful Malaysia untuk menolak semua jumlah perbelanjaan perubatan yang telah didahulukan oleh Takaful Malaysia daripada caruman yang telah dibayar.

Saya/Kami mengaku bahawa saya telah melihat, memahami dan bersetuju dengan terma-terma dan syarat-syarat Sijil yang dinyatakan di atas. Saya/Kami seterusnya membenarkan dan meminta agar Sijil di atas dikemas kini (jika ada) selaras dengan butir-butir di atas. Saya/Kami bersetuju bahawa Sijil ini tidak akan dianggap sebagai berkuat kuasa semula sehingga permohonan penguatkuasaan semula ini diluluskan oleh Takaful Malaysia dan sehingga semua keperluan-keperluan lain untuk penguatkuasaan semula dipenuhi sepenuhnya. Saya/Kami mengaku bahawa sekiranya pada bila-bila masa kenyataan-kenyataan di atas didapati tidak benar dan tidak betul, Sijil yang dikuat kuasakan semula boleh terbatal, tuntutan saya/kami ditolak atau dikurangkan, terma-terma Sijil ditukar atau diubah, atau Sijil ditamatkan.

Saya/Kami seterusnya bersetuju bahawa jika Sijil ini berkuat kuasa semula, Tempoh Menunggu dan Peruntukan Bunuh Diri seperti yang dinyatakan di dalam Sijil akan bermula dari tarikh penguatkuasaan semula.

Saya/Kami berjanji untuk memaklumkan Takaful Malaysia dalam tempoh tiga puluh (30) hari sekiranya ada perubahan dalam keadaan yang menjejaskan status residensi cukai saya/kami atau menyebabkan maklumat yang terkandung di sini menjadi salah atau tidak lengkap. Saya/Kami akan menyediakan borang pengesahan diri yang dikemas kini dalam tempoh sembilan puluh (90) hari dari perubahan keadaan kepada Takaful Malaysia.

I/We have read and understood the Privacy Notice made available on Takaful Malaysia's website at www.takaful-malaysia.com.my. I/We agree that any of my/our personal information collected or held by Takaful Malaysia (whether contained in this application or otherwise obtained) ("my/our personal information") may be held, used, and disclosed by Takaful Malaysia to individuals or organisations related to or associated with Takaful Malaysia or any selected third party (within or outside of Malaysia, including retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this certificate, in the manner set out in the said Privacy Notice. I/We understand that I/we have the right to obtain access to and to request correction of any of my/our personal information by contacting Takaful Malaysia's Customer Service at 1-300 88 252 385 or email to csu@takaful-malaysia.com.my.

[illegible]

Date Tarikh	D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

--

--

--

Name / Nama:

Date
Tarikh