

Health Declaration Pengakuan Kesihatan

Certificate No:

No. Sijil:

Name of Certificate Owner:

Nama Pemilik Sijil:

Application Date:

Tarikh Permohonan:

NRIC / Passport:

No KP / Pasport:

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 to the Islamic Financial Services Act 2013 (“IFSA”), you’re required to answer fully and accurately or correctly with reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by FWD Takaful Berhad (FWD Takaful). It’s your duty to disclose fully and correctly matters that you know to be relevant to the decision of FWD Takaful in accepting the risk and determining the rates and terms to be applied; otherwise it may result in voidance of the Takaful contract, refusal of claims or change of terms. This duty of disclosure shall continue until the time the Takaful contract is entered into, varied or renewed. This is a common application form and you’re at liberty to participate or not to participate in any of the several products offered by this application form. If you don’t understand your obligations as stated above or if you need further explanation, please contact FWD Takaful or our agents. / Menurut Perenggan 5 dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 (“IFSA”), anda perlu menjawab soalan dengan penuh dan tepat atau betul dengan penuh hati-hati agar tidak memberikan sebarang kesalahnyataan ketika menjawab soalan yang diajukan oleh FWD Takaful Berhad (FWD Takaful). Adalah menjadi tanggungjawab anda untuk mendedahkan secara penuh dan tepat sebarang perkara yang anda ketahui yang relevan terhadap keputusan FWD Takaful dalam menerima risiko dan menentukan kadar serta syarat yang akan dikenakan; jika tidak ia boleh membawa kesan kepada pembatalan kontrak Takaful, penolakan tuntutan atau perubahan terma. Kewajipan pendedahan ini mestilah berterusan sehingga kontrak Takaful ini dimeterai, diubah atau diperbaharui. Ini adalah borang permohonan umum dan anda mempunyai kebebasan untuk mengambil bahagian atau tidak mengambil bahagian dalam mana-mana produk yang ditawarkan bersama borang permohonan ini. Jika anda tidak memahami tanggungjawab anda seperti yang telah dinyatakan di atas atau anda memerlukan penerangan lebih lanjut, sila hubungi FWD Takaful atau ejen-ejen kami.

Type of Application / Jenis Permohonan

- Reinstatement of Certificate / Penguatkuasaan Semula Sijil
- Addition of Riders / Penambahan Rider
- Addition of Dependent / Penambahan Orang Yang Ditanggung

Type of Applicant / Jenis Pemohon

- Certificate Owner / Pemilik Sijil
- Person Covered / Orang yang Dilindungi
- Dependent / Orang Yang Ditanggung

Health Information / Butiran Kesihatan

Note/Nota:

The questions below must be answered by the applicant. If the applicant is below 18 years of age based on his/her last birthday, the questions should be answered by the Certificate Owner on behalf of the applicant. If the Certificate Owner is also an applicant (or has opted for a Rider), he/she is required to answer the questions below.

Soalan-soalan di bawah mesti dijawab oleh pemohon. Sekiranya pemohon berumur di bawah 18 tahun berdasarkan tarikh lahirnya yang lepas, soalan-soalan perlu dijawab oleh Pemilik Sijil bagi pihak pemohon. Sekiranya Pemilik Sijil adalah pemohon (atau memilih manfaat tambahan), beliau dikehendaki menjawab soalan-soalan di bawah.

Please tick (✓) in the box and complete the form where appropriate. /

Sila tanda (✓) di dalam kotak dan lengkapkan borang mengikut kesesuaian.

Personal Information of Applicant / Maklumat Peribadi Pemohon

Name as per NRIC / Nama seperti di dalam Kad Pengenalan:	
NRIC No. / Passport / No. KP / Pasport:	
Nationality / Kewarganegaraan:	
Gender / Jantina:	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
Age / Umur:	
Date of birth / Tarikh Lahir:	

Health Questions / Soalan – soalan Kesihatan:

1. What is your height? Apakah ketinggian anda?	_____ cm
2. What is your weight? Berapakah berat anda?	_____ kg
3. Have you smoked cigarettes (including electronic cigarettes) or tobacco in the past 12 months? Adakah anda merokok (termasuk rokok elektronik) atau tembakau dalam tempoh 12 bulan lepas?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
4. Have any of the person to be covered ever been diagnosed with or had symptoms of any of the following: Adakah mana-mana orang yang akan dilindungi pernah di diagnosis sebagai menghadapi atau pernah menghadapi simptom mana-mana di bawah:	
a. Heart attack, coronary artery disease, heart valve disorder or heart murmur. Sakit jantung, penyakit arteri koronari, gangguan injap jantung atau murmur jantung.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

Health Questions / Soalan – soalan Kesihatan:	
b. High blood pressure or raised cholesterol. <i>Tekanan darah tinggi atau kolesterol yang tinggi.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
c. Stroke, epilepsy, depression or mental illness. <i>Strok, sawan, kemurungan atau penyakit mental.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
d. Cancer, abnormal growth or tumor. <i>Kanser, ketumbuhan abnormal atau tumor.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
e. HIV infection or AIDS. <i>Jangkitan HIV atau AIDS.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
f. Diabetes or raised blood sugar. <i>Kencing manis atau tahap gula dalam darah yang tinggi.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
g. Asthma, tuberculosis, pneumonia or chronic obstructive pulmonary disease. <i>Asma, batuk kering, radang paru-paru atau penyakit penghalang pulmonari kronik.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
h. Hepatitis B or C, fatty liver, elevated liver enzymes or liver cirrhosis. <i>Hepatitis B atau C, hati berlemak, tahap enzim hati yang tinggi atau sirosis hepar.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
i. Kidney failure or abnormal kidney function. <i>Kegagalan buah pinggang atau fungsi abnormal buah pinggang.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
j. Deafness or loss of hearing, blindness or loss of vision (excluding prescription lens to correct vision). <i>Pekak atau kehilangan pendengaran, buta atau kehilangan penglihatan (tidak termasuk kanta preskripsi untuk membetulkan penglihatan).</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
k. Arthritis, recurrent back pain, injury or disorder of the spine, muscles, tendons, limbs, bones or joints or other physical disability. <i>Arthritis, sakit belakang yang berulang, kecederaan atau gangguan tulang belakang, otot, tendon, anggota badan, tulang atau sendi atau ketidakupayaan fizikal yang lain.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
5. Aside from what you've already told us, in the past 5 years, has any of the persons to be covered had any other condition which has resulted in ongoing specialist consultation; hospitalisation or continuous medical treatment for 14 days or longer? <i>Selain daripada apa yang anda telah maklumkan kepada kami, dalam tempoh 5 tahun yang lepas, pernahkah mana-mana orang yang akan dilindungi menghadapi mana-mana kondisi yang telah mengakibatkan rundingan berterusan dengan pakar; dimasukkan ke hospital atau perubatan berterusan selama 14 hari atau lebih?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

Health Questions / Soalan – soalan Kesihatan:

<p>6. Are any of the person to be covered currently under investigation, awaiting a surgical operation or the results of any medical tests; or in the past 3 months experienced any symptoms such as: <i>Adakah mana-mana orang yang akan dilindungi sedang berada di bawah siasatan, menunggu operasi pembedahan atau keputusan ujian perubatan; atau dalam tempoh 3 bulan yang lalu mengalami mana-mana simptom di bawah:</i></p> <p>a. Prolonged fatigue for more than 7 days. <i>Keletihan berpanjangan lebih daripada 7 hari.</i></p> <p>b. Unexplained weight loss of more than 5kg. <i>Kehilangan berat badan lebih daripada 5kg yang tidak dapat dijelaskan.</i></p> <p>c. Abnormal lump, growth or swelling. <i>Ketulan, ketumbuhan atau kebengkakkan tidak normal.</i></p> <p>d. Blood in urine, stools or coughing. <i>Darah dalam kencing, buangan atau batuk.</i></p> <p>e. New persistent pain. <i>Kesakitan baru yang berterusan.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>7a. Have either of your parents or siblings, before age 60, been diagnosed with any of the following: coronary heart disease, cancer of the breast, ovaries, colon or rectum, diabetes, familial polyposis, polycystic kidney disease, multiple sclerosis, Huntington's disease, Parkinson's disease or motor neuron disease? (For female only) <i>Pernahkah ibu-bapa kandung, atau adik beradik anda sebelum umur 60 tahun, di diagnos menghidapi penyakit yang berikut: penyakit jantung koronari, kanser payudara, ovari, kolon atau rektum, kencing manis, poliposis keluarga, penyakit polisistik buah pinggang, sklerosis berbilang, penyakit Huntington, penyakit Parkinson atau penyakit neuron motor? (Untuk perempuan sahaja)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>7b. Have either of your parents or siblings, before age 60, been diagnosed with any of the following: coronary heart disease, cancer of the colon or rectum, diabetes, familial polyposis, polycystic kidney disease, multiple sclerosis, Huntington's disease, Parkinson's disease or motor neuron disease? (For Male only) <i>Pernahkah ibu-bapa kandung, atau adik beradik anda sebelum umur 60 tahun, di diagnos menghidapi penyakit yang berikut: penyakit jantung koronari, kanser kolon atau rektum, kencing manis, poliposis keluarga, penyakit polisistik buah pinggang, sklerosis berbilang, penyakit Huntington, penyakit Parkinson atau penyakit neuron motor? (Untuk lelaki sahaja)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>8. Are any of the person to be covered currently under investigation, awaiting a surgical operation or the results of any medical tests? <i>Adakah mana-mana orang yang akan dilindungi sedang berada di bawah siasatan, menunggu operasi pembedahan atau keputusan ujian perubatan?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

Health Questions / Soalan – soalan Kesihatan:

<p>9. Are you currently pregnant? (For female only) Adakah anda sedang hamil? (Untuk perempuan sahaja)</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>10. Have any of the children to be covered had any congenital disorder, birth defect or developmental delay? (For juvenile up to age next birthday 6 years old only) Pernahkah mana-mana anak yang akan dilindungi menghadapi gangguan kongenital, kecacatan lahir atau kelewatan perkembangan? (Untuk kanak-kanak berumur sehingga hari lahir berikutnya 6 tahun sahaja)</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

If you have answered YES to any questions above, please provide full details (including medical condition, date of diagnosis, treatment prescribed, name and address of attending doctor – if any). / Sekiranya anda menjawab YA untuk mana-mana soalan di atas, sila berikan maklumat lengkap dan terperinci (termasuk keadaan perubatan, tarikh diagnosis, rawatan yang ditetapkan, nama dan alamat doktor – sekiranya ada).

Question No. / No. Soalan	Medical Condition / Keadaan Perubatan	Date of Diagnosis / Tarikh Di diagnos	Treatment Prescribed / Rawatan yang Ditetapkan	Name and address of attending doctor / Nama dan Alamat Doktor

Declaration /
Pengakuan

All information and documents I provide pursuant to this health declaration form, including information relating to the applicant where the applicant is other than myself are full, accurate and true. / *Segala maklumat dan dokumen-dokumen yang saya berikan merujuk kepada borang kesihatan ini, termasuk maklumat berkenaan dengan pemohon jika pemohon adalah orang lain, adalah penuh, tepat dan benar.*

Signature of Certificate Owner:
Tandatangan Pemilik Sijil:

Signature of Applicant (If not Certificate Owner):
Tandatangan Pemohon (Jika bukan Pemilik Sijil):

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

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

Signature of Assignee (if any):
Tandatangan Pemegang Serah Hak (jika ada):

Signature of Witness*:
Tandatangan Saksi:*

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

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

***Note/Nota:**

Witness cannot be Certificate Owner, applicant and assignee / *Pemilik Sijil, pemohon dan penyerah hak tidak boleh menjadi saksi.*