

C. Butir-butir Peribadi Anak-Anak Ahli (Sila gunakan huruf besar)

Nama Anak-Anak Ahli	No. Kad Pengenalan / No. Sijil Kelahiran	Tarikh Lahir	Umur	Jantina	Tinggi (sm)	Berat (kg)

D. Maklumat Kesihatan

Sila Tanda (✓) Di Dalam Kotak 'Ya' Atau 'Tidak'		Ya	Tidak	
1	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi:			
	a) Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Kini dalam pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Menjalani pembedahan atau menderita akibat serangan penyakit, gangguan atau kecederaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Pernah dinasihatkan oleh doktor/pakar perundingan untuk pembedahan atau perubatan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Pernahkah anda atau sesiapa yang akan dilindungi pernah menghadapi atau pernah dirawat, diberitahu oleh atau berjumpa dengan pengamal perubatan untuk:			
	a) Batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronkitis, tibi atau lain-lain penyakit paru-paru atau saluran pernafasan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, pendek nafas, atau sebarang masalah jantung yang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Sawan, epilepsi, pening, pengsan, pitam, penyakit mental atau gangguan saraf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Kencing manis, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid, hemoroid atau hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit artritis, masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	g) Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut, usus atau masalah rektal yang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h) Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, masalah atau penyakit hati, atau apa-apa jenis hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	i) Tumor, kanser, nodul, polip, pertumbuhan dan ketulan dalam apa jua bentuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	j) Anemia atau gangguan pada darah, masalah kelenjar tiroid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	k) Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhoea atau urethritis tidak khusus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	l) HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	m) Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Pernahkah sebarang permohonan anda atau sesiapa yang akan dilindungi untuk takaful perubatan, penghospitalan atau hayat ditolak, dihadkan atau diubahsuai dari terma asal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi memiliki Takaful Perubatan dengan kami atau syarikat/pengendali takaful lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Jika mana-mana jawapan kepada Soalan 1 - 4 di atas adalah "Ya", sila berikan keterangan di bawah dan nomborkan jawapan anda mengikut nombor soalan yang dijawab:			
No. Soalan	Nama	Jenis Dan Tarikh Hilang Upaya	Keadaan Semasa Hilang Upaya	Nama Dan Alamat Hospital / Klinik

Nota Penting:
Soalan-soalan maklumat kesihatan pada borang permohonan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak FWD Takaful untuk proses pengunderaitan takaful ini. Walau bagaimanapun, disebabkan tiada senarai soalan-soalan yang lengkap, sila pertimbangkan sama ada terdapat apa-apa maklumat penting yang anda ketahui yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko.

E. Akad Dan Pemberian Kuasa

Saya/Kami mengaku dan bersetuju bagi pihak saya/kami dan mana-mana individu atau individu-individu yang mungkin mempunyai atau menuntut sebarang kepentingan di dalam borang permohonan ini, bahawa:

- Saya/Kami mengakui bahawa:
 - Saya/Kami memahami bahawa ia adalah tanggungjawab pendedahan kontrak saya/kami bahawa saya/kami perlu mengambil langkah-langkah yang munasabah untuk tidak memberikan kesalahnyataan iaitu, memberikan jawapan dan/atau maklumat yang salah ketika menjawab soalan yang diajukan oleh FWD Takaful dan bahawa saya/kami bertanggungjawab untuk menjawab soalan itu dengan penuh dan tepat dan/atau dengan betul;
 - Saya/Kami telah menjawab dengan penuh dan tepat semua soalan di dalam borang permohonan ini dan soalan lain yang ditanya oleh FWD Takaful, sekiranya ada, setelah membaca dan memahami soalan tersebut dengan penuh;
 - Saya/Kami memahami bahawa saya/kami perlu memaklumkan kepada FWD Takaful mengenai sebarang perubahan terhadap jawapan yang diberikan dalam borang permohonan ini jika perubahan tersebut berlaku selepas saya/kami menyerahkan borang permohonan ini tetapi sebelum kontrak Takaful dimulakan;
 - Saya/Kami memahami dengan penuh bahawa jawapan dan/atau pernyataan saya/kami yang diberikan berkaitan dengan soalan yang ditanya oleh FWD Takaful dan mana-mana dokumen yang relevan yang dilengkapkan oleh saya/kami berhubung dengan borang permohonan ini dan sebarang laporan perubahan atau pindaan adalah relevan kepada FWD Takaful dalam membuat keputusan sama ada untuk menerima borang permohonan saya/kami atau tidak, serta kadar dan terma yang dikenakan; dan
 - Saya/Kami memahami sekiranya maklumat yang diberikan oleh saya/kami tidak tepat atau salah, Sijil Takaful ini boleh dibatalkan, atau terma-terma Sijil Takaful ini boleh diubah, atau tuntutan saya/kami ditolak atau dikurangkan.
- Saya/Kami dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang merawat saya/kami di atas sebarang punca untuk mengemukakan kepada FWD Takaful sebarang dan kesemua maklumat yang berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan serta mengemukakan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan foto keizinan ini adalah berkuasa dan sah sepertimana yang asal.
- Saya/Kami akan memaklumkan kepada FWD Takaful sebarang pembetulan atau perubahan terhadap maklumat peribadi saya/kami dengan secepat yang mungkin.
- Saya/Kami bersetuju bahawa FWD Takaful termasuk pekerjanya tidak akan bertanggungjawab terhadap apa-apa kehilangan atau kerosakan, sama ada secara langsung atau tidak langsung, akibat daripada ketidaktepatan dan ketidaklengkapan maklumat peribadi yang diberikan oleh saya/kami kepada FWD Takaful, termasuk dan tidak terhad kepada butiran peribadi transaksi dengan atau melalui FWD Takaful sama ada di dalam atau di luar Malaysia melibatkan mana-mana pihak.
- Saya/Kami mengesahkan bahawa borang permohonan ini bebas daripada mana-mana pernyataan yang dibuat oleh wakil anda yang dinamakan di bawah di mana, saya/kami tidak memberikan maklumat selain daripada yang dinyatakan di dalam borang permohonan ini dan sebaik pengetahuan dan kepercayaan saya/kami, wakil anda tidak memberi maklumat lain, berhubung dengan keadaan yang relevan terhadap penerimaan risiko. Saya/Kami turut memperakui bahawa semua syarat dan terma telah dijelaskan dengan penuh kepada saya/kami dan jawapan yang saya/kami adalah maklumat sebenar yang didedahkan.
- Saya/Kami memahami bahawa perlindungan hanya akan berkuatkuasa setelah Sumbangan Takaful yang berkenaan diterima dan kelulusan oleh FWD Takaful terhadap permohonan ini dan Sijil Takaful yang berkenaan dikeluarkan dan dihantarkan kepada saya/kami menurut permohonan ini ketika saya/kami masih hidup dan dalam keadaan sihat.
- Saya/Kami mengambil maklum bahawa keseluruhan atau sebahagian daripada Sumbangan Takaful, caj dan bayaran untuk borang permohonan ini mungkin tertakluk kepada Cukai Jualan dan Perkhidmatan (CJP*) mengikut Akta Cukai Jualan dan Perkhidmatan 2018 dengan kadar yang terpakai yang perlu dibayar oleh Pemilik Sijil Takaful.
- Saya/Kami memberikan kuasa kepada CUEPACS untuk memotong gaji sebagai sumbangan Takaful yang dibayar kepada FWD Takaful mengikut jenis pelan yang dipilih di dalam borang permohonan ini.
- Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah dimaklumkan mengenai akibat kegagalan membayar Sumbangan Takaful dalam tempoh penangguhan dan peruntukan penguatkuasaan.
- Saya/Kami bersetuju untuk mengambil bahagian dalam pelan Takaful ini berdasarkan prinsip Takaful dan membayar Sumbangan Takaful yang diperlukan yang akan dikreditkan ke dalam Dana Risiko Peserta (DRP) sebagai Tabarru' (sumbangan). Ia akan digunakan untuk perlindungan takaful dan bantuan kewangan bersama untuk peserta lain ketika ditimpa musibah.
- Saya/Kami bersetuju melantik FWD Takaful berdasarkan prinsip Wakalah sebagai wakil untuk menguruskan Sumbangan Takaful saya/kami di dalam DRP mengikut prinsip-prinsip Syariah dan membenarkan FWD Takaful membuat pemotongan mengikut peratusan (%) tertentu kepada Sumbangan Takaful sebagai fi Wakalah kepada FWD Takaful untuk perkhidmatan yang diberikan dan apa-apa caj yang tertera di dalam Sistem Ilustrasi Takaful Keluarga.
- Sekiranya DRP di dalam keadaan defisit, FWD Takaful akan menangani defisit ini melalui Qard atau pinjaman tanpa faedah. Pembayaran Qard akan dibuat daripada dana pemegang saham.
- Saya/Kami bersetuju bahawa pada penghujung setiap tahun kewangan, Pengendali Takaful akan menerima 50% lebihan bersih boleh agih daripada Dana Risiko Keluarga, jika ada sebagai yuran prestasi berdasarkan kontrak Ju'alah. Baki 50 peratus akan diagihkan kepada orang yang dilindungi yang layak yang tidak membuat sebarang tuntutan dan/atau menerima sebarang manfaat di bawah kelas risiko yang sama seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Sijil Takaful yang masih berkuatkuasa. Saya/Kami bersetuju bahawa bahagian lebihan saya/kami akan digunakan untuk membayar sumbangan yang akan datang.

C. Butir-butir Peribadi Anak-Anak Ahli (Sila gunakan huruf besar)

Nama Anak-Anak Ahli	No. Kad Pengenalan / No. Sijil Kelahiran	Tarikh Lahir	Umur	Jantina	Tinggi	Berat
ANIS ASYURA BINTI AHMAD	160515-10-1234	15-05-2016	2 TAHUN	PEREMPUAN	50	20

**ISI JIKA TERDAPAT
PENAMBAHAN /
PERUBAHAN PADA ANAK**

D. Maklumat Kesihatan

Sila Tanda (✓) Di Dalam Kotak 'Ya' Atau 'Tidak'		TANDA JIKA TERDAPAT PERUBAHAN PADA SOAL SELIDIK		Tidak
1	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi:			
	a) Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	b) Kini dalam pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	c) Menjalani pembedahan atau menderita akibat serangan penyakit, gangguan atau kecederaan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	d) Pernah dinasihatkan oleh doktor/pakar perundangan untuk pembedahan atau perubatan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2	Pernahkah anda atau sesiapa yang akan dilindungi pernah menghadapi atau pernah dirawat berjumpa dengan pengamal perubatan untuk:			
	a) Batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronkitis, tibi atau lain-lain penyakit paru-paru atau pernafasan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	b) Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau jantung, pendek nafas, atau sebarang masalah jantung yang lain?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Sawan, epilepsi, pening, pengsan, pitam, penyakit mental atau gangguan saraf?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	d) Kencing manis, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid, hemoroid atau hernia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	e) Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	f) Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit artritis, masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	g) Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut, usus atau masalah rektal yang lain?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	h) Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, masalah atau penyakit hati, atau apa-apa jenis hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	i) Tumor, kanser, nodul, polip, pertumbuhan dan ketulan dalam apa jua bentuk?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	j) Anemia atau gangguan pada darah, masalah kelenjar tiroid?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	k) Penyakit kelamin seperti sifilis, gonorrhoea atau urethritis tidak khusus?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	l) HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	m) Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Pernahkah sebarang permohonan anda atau sesiapa yang akan dilindungi untuk takaful perubatan, penghospitalan atau hayat ditolak, dihadkan atau diubahsuai dari terma asal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Adakah anda atau sesiapa yang akan dilindungi memiliki Takaful Perubatan dengan kami atau syarikat/pengendali takaful lain?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Jika mana-mana jawapan kepada Soalan 1 - 4 di atas adalah "Ya", sila berikan keterangan di bawah dan nomborkan jawapan anda mengikut nombor soalan yang dijawab:			
No. Soalan	Nama	Jenis Dan Tarikh Hilang Upaya	Keadaan Semasa Hilang Upaya	Nama Dan Alamat Hospital / Klinik
2 (B)	AHMAD BIN ALI	DARAH TINGGI 14/9/2018		

Nota Penting:
Soalan-soalan maklumat kesihatan pada borang permohonan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak FWD Takaful untuk proses pengunderaitan takaful ini. Walau bagaimanapun, disebabkan tiada senarai soalan-soalan yang lengkap, sila pertimbangkan sama ada terdapat apa-apa maklumat penting yang anda ketahui yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko.

E. Akad Dan Pemberian Kuasa

Saya/Kami mengaku dan bersetuju bagi pihak saya/kami dan mana-mana individu atau individu-individu yang mungkin mempunyai atau menuntut sebarang kepentingan di dalam borang permohonan ini, bahawa:

- Saya/Kami mengakui bahawa:
 - Saya/Kami memahami bahawa ia adalah tanggungjawab pendedahan kontrak saya/kami bahawa saya/kami perlu mengambil langkah-langkah yang munasabah untuk tidak memberikan kesalahnyataan iaitu, memberikan jawapan dan/atau maklumat yang salah ketika menjawab soalan yang diajukan oleh FWD Takaful dan bahawa saya/kami bertanggungjawab untuk menjawab soalan itu dengan penuh dan tepat dan/atau dengan betul;
 - Saya/Kami telah menjawab dengan penuh dan tepat semua soalan di dalam borang permohonan ini dan soalan lain yang ditanya oleh FWD Takaful, sekiranya ada, setelah membaca dan memahami soalan tersebut dengan penuh;
 - Saya/Kami memahami bahawa saya/kami perlu memaklumkan kepada FWD Takaful mengenai sebarang perubahan terhadap jawapan yang diberikan dalam borang permohonan ini jika perubahan tersebut berlaku selepas saya/kami menyerahkan borang permohonan ini tetapi sebelum kontrak Takaful dimulakan;
 - Saya/Kami memahami dengan penuh bahawa jawapan dan/atau pernyataan saya/kami yang diberikan berkaitan dengan soalan yang ditanya oleh FWD Takaful dan mana-mana dokumen yang relevan yang dilengkapkan oleh saya/kami berhubung dengan borang permohonan ini dan sebarang laporan perubahan atau pindaan adalah relevan kepada FWD Takaful dalam membuat keputusan sama ada untuk menerima borang permohonan saya/kami atau tidak, serta kadar dan terma yang dikenakan; dan
 - Saya/Kami memahami sekiranya maklumat yang diberikan oleh saya/kami tidak tepat atau salah, Sijil Takaful ini boleh dibatalkan, atau terma-terma Sijil Takaful ini boleh diubah, atau tuntutan saya/kami ditolak atau dikurangkan.
- Saya/Kami dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang merawat saya/kami di atas sebarang punca untuk mengemukakan kepada FWD Takaful sebarang dan kesemua maklumat yang berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan serta mengemukakan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan foto keizinan ini adalah berkuasa dan sah sepertimana yang asal.
- Saya/Kami akan memaklumkan kepada FWD Takaful sebarang pembetulan atau perubahan terhadap maklumat peribadi saya/kami dengan secepat yang mungkin.
- Saya/Kami bersetuju bahawa FWD Takaful termasuk pekerjanya tidak akan bertanggungjawab terhadap apa-apa kehilangan atau kerosakan, sama ada secara langsung atau tidak langsung, akibat daripada ketidaktepatan dan ketidaklengkapan maklumat peribadi yang diberikan oleh saya/kami kepada FWD Takaful, termasuk dan tidak terhad kepada butiran peribadi transaksi dengan atau melalui FWD Takaful sama ada di dalam atau di luar Malaysia melibatkan mana-mana pihak.
- Saya/Kami mengesahkan bahawa borang permohonan ini bebas daripada mana-mana pernyataan yang dibuat oleh wakil anda yang dinamakan di bawah di mana, saya/kami tidak memberikan maklumat selain daripada yang dinyatakan di dalam borang permohonan ini dan sebaik pengetahuan dan kepercayaan saya/kami, wakil anda tidak memberi maklumat lain, berhubung dengan keadaan yang relevan terhadap penerimaan risiko. Saya/Kami turut memperakui bahawa semua syarat dan terma telah dijelaskan dengan penuh kepada saya/kami dan jawapan yang saya/kami adalah maklumat sebenar yang didedahkan.
- Saya/Kami memahami bahawa perlindungan hanya akan berkuatkuasa setelah Sumbangan Takaful yang berkenaan diterima dan kelulusan oleh FWD Takaful terhadap permohonan ini dan Sijil Takaful yang berkenaan dikeluarkan dan dihantarkan kepada saya/kami menurut permohonan ini ketika saya/kami masih hidup dan dalam keadaan sihat.
- Saya/Kami mengambil maklum bahawa keseluruhan atau sebahagian daripada Sumbangan Takaful, caj dan bayaran untuk borang permohonan ini mungkin tertakluk kepada Cukai Jualan dan Perkhidmatan (CJP*) mengikut Akta Cukai Jualan dan Perkhidmatan 2018 dengan kadar yang terpakai yang perlu dibayar oleh Pemilik Sijil Takaful.
- Saya/Kami memberikan kuasa kepada CUEPACS untuk memotong gaji sebagai sumbangan Takaful yang dibayar kepada FWD Takaful mengikut jenis pelan yang dipilih di dalam borang permohonan ini.
- Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah dimaklumkan mengenai akibat kegagalan membayar Sumbangan Takaful dalam tempoh penangguhan dan peruntukan penguatkuasaan.
- Saya/Kami bersetuju untuk mengambil bahagian dalam pelan Takaful ini berdasarkan prinsip Takaful dan membayar Sumbangan Takaful yang diperlukan yang akan dikreditkan ke dalam Dana Risiko Peserta (DRP) sebagai Tabarru' (sumbangan). Ia akan digunakan untuk perlindungan takaful dan bantuan kewangan bersama untuk peserta lain ketika ditimpa musibah.
- Saya/Kami bersetuju melantik FWD Takaful berdasarkan prinsip Wakalah sebagai wakil untuk menguruskan Sumbangan Takaful saya/kami di dalam DRP mengikut prinsip-prinsip Syariah dan membenarkan FWD Takaful membuat pemotongan mengikut peratusan (%) tertentu kepada Sumbangan Takaful sebagai fi Wakalah kepada FWD Takaful untuk perkhidmatan yang diberikan dan apa-apa caj yang tertera di dalam Sistem Ilustrasi Takaful Keluarga.
- Sekiranya DRP di dalam keadaan defisit, FWD Takaful akan menangani defisit ini melalui Qard atau pinjaman tanpa faedah. Pembayaran Qard akan dibuat daripada dana pemegang saham.
- Saya/Kami bersetuju bahawa pada penghujung setiap tahun kewangan, Pengendali Takaful akan menerima 50% lebihan bersih boleh agih daripada Dana Risiko Keluarga, jika ada sebagai yuran prestasi berdasarkan kontrak Ju'alah. Baki 50 peratus akan diagihkan kepada orang yang dilindungi yang layak yang tidak membuat sebarang tuntutan dan/atau menerima sebarang manfaat di bawah kelas risiko yang sama seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Sijil Takaful yang masih berkuatkuasa. Saya/Kami bersetuju bahawa bahagian lebihan saya/kami akan digunakan untuk membayar sumbangan yang akan datang.

F. Perlindungan Maklumat Peribadi

1. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau disimpan oleh FWD Takaful (samada terkandung dalam borang permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh digunakan, diproses, didedahkan dan dikongsi oleh FWD Takaful kepada individu/organisasi berhubung atau berkaitan dengan FWD Takaful atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk retakaful dan syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri/gabungan) bagi tujuan pemrosesan borang permohonan ini dan pemberian perkhidmatan susulan untuk produk ini dan produk dan perkhidmatan lain dan untuk berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut.
2. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada maklumat peribadi yang disimpan oleh FWD Takaful dan memohon pembetulan mana-mana maklumat peribadi yang salah atau untuk menghadkan pemrosesan maklumat peribadi saya/kami. Saya/Kami mengizinkan dan dengan ini memberi kebenaran kepada FWD Takaful untuk mengenakan fi untuk memproseskan dan mematuhi permintaan akses data atau permintaan pembetulan.
3. Jika anda ingin menerima maklumat mengenai mana-mana promosi eksklusif atau tawaran oleh FWD Takaful atau, pihak ketiga sila berikan kebenaran anda dengan menandakan kotak di bawah:
 Saya/Kami bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpul atau dipegang oleh FWD Takaful (samada yang terkandung di dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh digunakan atau didedahkan oleh FWD Takaful kepada pihak ketiga bagi tujuan pemasaran terus dan untuk berhubung dengan saya/kami bagi tujuan berkenaan.
4. Dengan menyerahkan permohonan ini, saya/kami mengesahkan bahawa saya/kami sudah membaca dan bersetuju dengan Notis Perlindungan Maklumat Peribadi Akta 2010 seperti yang tertera di pautan: <https://www.fwd.com.my/en/personal-data-protection-notice/>

Tandatangan Ahli:

Ahmad

**DITANDATANGANI
OLEH PEMOHON**

Tandatangan Saksi:

Laila

**DITANDATANGAN DAN
NAMA DIISI OLEH SAKSI**

Nama Ahli: AHMAD BIN ALI

Nama Saksi: LAILA BINTI ALI

No. Kad Pengenalan (Baru):

7 8 9 0 1 2 - 3 0 - 4 5 6 7

No. Kad Pengenalan (Baru):

2 2 0 2 0 3 - 0 4 - 5 6 7 8

Tarikh: 1 5 / 0 8 / 2 0 1 8

Tarikh: 1 5 / 0 5 / 2 0 1 8

G. Pengakuan Pengantara (Untuk Dilengkapkan Oleh Ejen/Pengantara takaful)

Saya/Kami dengan ini mengaku dan mengesahkan bahawa:

- a. Semua maklumat yang terkandung dalam borang permohonan ini adalah hanya maklumat yang diberikan oleh dan/atau orang yang akan dilindungi dan saya/kami tidak merahsiakan apa-apa maklumat yang mungkin diperlukan untuk pemohonan ini oleh FWD Takaful;
- b. Saya/Kami tidak membuat sebarang pernyataan, kesalahannyataan atau perjanjian kepada pemohon dan/atau orang yang akan dilindungi yang bercanggah dengan dan/atau memberi pernyataan yang salah terhadap terma Sijil Takaful ini, dan/atau terhadap mana-mana undang-undang dan peraturan yang relevan dan terpakai yang mentadbir aktiviti pengantaraan Takaful. Saya/Kami tidak bertindak atau berkelakuan dengan cara yang membawa kepada pernyataan yang salah terhadap terma Sijil Takaful;
- c. Saya/Kami telah mendedahkan maklumat penting mengenai pelan Takaful termasuk apa yang diwajibkan di bawah undang-undang dan peraturan Malaysia, yang telah memuaskan pemohon; dan
- d. Menurut Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001, saya/kami mengesahkan di mana orang tersebut adalah seorang individu, saya/kami telah melihat kad pengenalan yang asal/pasport yang sah dan mensahihkan identiti orang yang dilindungi yang dicadangkan/pemohon; atau selain daripada seorang individu, saya/kami telah melihat dokumen perlembagaan dan pengenalan yang asal; dan mensahihkan pemilik benefisiari dan butiran orang yang dilindungi yang dicadangkan/pemohon.

**DITANDATANGAN DAN
NAMA DIISI OLEH EJEN**

Tandatangan Ejen:

Ali

Nama Ejen: ALI BIN ABU

No. Kad Pengenalan (Baru):

7 8 9 0 1 2 - 3 0 - 4 5 6 7

Tarikh: 1 1 / 1 1 / 2 0 1 8

