

Saya / Kami Peserta / Orang yang Dilindungi yang disebutkan, mengetahui bahawa sijil di atas telah luput. Saya / Kami memohon kepada pihak anda untuk menguatkuasakan semula Sijil yang disebutkan, dengan ini mengisytiharkan dan bersetuju bahawa penguatkuasaan semula akan bergantung kepada jawapan kepada kenyataan-kenyataan berikut dan mengikut terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di bawah. Dari cadangan asal yang menjadi asas Sijil yang disebutkan:

Sila tandakan (✓) yang berkenaan

I. BUTIR-BUTIR TERPERINCI PERLINDUNGAN TAKAFUL TERDAHULU DAN / ATAU MASA KINI (contoh: Orang yang Dilindungi / Kemalangan / Penyakit Kritikal / Hilang Upaya / Perubatan / Kesihatan)		
	ORANG YANG DILINDUNGI	PESERTA
	YA TIDAK	YA TIDAK
1. Adakah anda memiliki insurans / takaful semasa termasuk yang sedang dicadangkan kepada syarikat-syarikat lain? Jika "YA", sila berikan butiran. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Pernahkah sebarang permohonan atau penguatkuasaan semula atau permohonan untuk memperbaharui insurans / takaful untuk hidup anda (termasuk yang sedang dicadangkan kepada mana-mana syarikat) pernah ditolak, ditangguhkan, dikenakan kadar, dihadkan atau diubah, atau dikenakan terma tambahan? Jika "YA", sila nyatakan butiran penuh. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. (a) Adakah permohonan ini menggantikan atau bakal menggantikan mana-mana sijil takaful keluarga anda yang sedia ada sama ada dengan kami atau pengendali takaful yang lain?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Adakah anda sudah menyerahkan atau menamatkan mana - mana dari sijil takaful keluarga sedia ada anda dalam tempoh 12 bulan yang lepas dan sekarang akan digantikan dengan permohonan sijil baru ini? Jika anda menjawab "YA" kepada soalan 3(a) atau 3(b), sila lengkapkan "Borang Pengisytiharan untuk Mengantikan Sijil Takaful Keluarga".	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II. MAKLUMAT KELUARGA & MAKLUMAT PERIBADI LAIN-LAIN		
1. Adakah ibu / bapa atau adik beradik anda menghidap sebarang penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit buah pinggang, gangguan mental, kanser, penyakit keturunan, neurologi atau penyakit kongenital? Jika "YA", sila berikan butiran. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
III. BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP		
1. Adakah anda bebas dari sebarang jenis penyakit dan berkeadaan sihat?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Pernahkah anda merokok atau menggunakan produk tembakau / nikotin (eg. Rokok, cerut atau paip) dalam tempoh 12 bulan yang lepas? Jika "YA", <input type="text"/> <input type="text"/> batang rokok / curut sehari dan jumlah tahun penggunaan. <input type="text"/> <input type="text"/> tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Adakah anda minum minuman beralkohol? Jika "YA", nyatakan purata pengambilan seminggu:- ORANG YANG AKAN DILINDUNGI Bir/Stout <input type="text"/> <input type="text"/> botol kecil Wain <input type="text"/> <input type="text"/> gelas Wiski/brandi/lain-lain <input type="text"/> <input type="text"/> peg <input type="checkbox"/> Sosial PESERTA Bir/Stout <input type="text"/> <input type="text"/> botol kecil Wain <input type="text"/> <input type="text"/> gelas Wiski/brandi/lain-lain <input type="text"/> <input type="text"/> peg <input type="checkbox"/> Sosial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Adakah kini anda menerima rawatan perubatan dan/atau menderita sebarang kecacatan fizikal atau kelemahan, kongenital tidak normal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Pernahkah anda mengambil atau pada masa sekarang ini mengambil sebarang dadah atau narkotik selain dari yang ditetapkan oleh doktor, atau pernah dirawat untuk tabiat dadah?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP		
	ORANG YANG DILINDUNGI	PESERTA
	YA TIDAK	YA TIDAK
6. Pernahkah anda diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau rawatan pembedahan untuk apa-apa keadaan di bawah:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(a) Angin ahmar, serangan iskemia sementara(TIA), pendarahan otak atau kecederaan otak, sawan tarik, sawan, lumpuh, penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer's, Multiple Sclerosis, pening atau sakit kepala yang berulang dan berpanjangan, migrain, cerebral palsy atau lain-lain penyakit atau gangguan pada otak atau sistem saraf?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Depresi, keresahan, skizofrenia, cubaan membunuh diri, perhatian defisit gangguan hiperaktif (ADHD), autism, Sindrom Down, demensia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada kesihatan mental atau psikiatrik?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) Lelah, bronkitis, batuk kering (TB), radang paru-paru, batuk berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada paru-paru atau saluran pernafasan lain?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d) Sakit dada, angina, ketaran jantung, degupan jantung yang tidak teratur, penyakit arteri koronari, serangan jantung, kolestrol tinggi, tekanan darah tinggi, tekanan darah rendah, gangguan injap jantung, cardiomyopathy, kecacatan jantung dari lahir atau pembedahan, trombosis vena dalam, vena varikos atau lain-lain penyakit atau gangguan pada jantung atau sistem vaskular?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(e) Kencing manis, gula darah yang tidak normal, penyakit tiriod, goiter, talasemia, anemia, hemophilia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada sistem endokrin, darah, kromosom yang tidak normal atau penyakit keturunan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(f) Gastrik, ulser gastrik atau duodenum, penyakit refluks gastroesophageal, colitis, penyakit Crohn's, hernia, fistula, buasir, darah dalam najis, muntah berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada saluran penghadaman atau saluran gastrousus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(g) Jaundis, Hepatitis B atau C, batu atau tersumbat pada pundi hempedu atau sistem biliari, jangkitan pada pankreas atau lain-lain penyakit atau gangguan pada hati, pundi hempedu, biliari sistem atau pankreas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(h) Batu karang pada buah pinggang atau sistem kencing, jangkitan buah pinggang, buah pinggang polisistik, protein atau darah dalam air kencing atau lain-lain penyakit atau gangguan pada buah pinggang, ureter, pundi kencing, uretra, prostat atau organ kemaluan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(i) Kanser, tumor, sista, benjolan, ketumbuhan, limfoma, leukemia, melanoma, penyakit Hodgkin, gangguan sumsum tulang, pra-kanser atau kanser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(j) Buta, katarak, glaukoma, penglihatan terjejas (tidak termasuk rabun jauh dan dekat), pendengaran atau percakapan terjejas, pekak, jangkitan tonsil, septum hidung menyimpang, kronik rinitis, resdung, hidung berdarah, tidur apnea atau lain-lain penyakit atau gangguan pada mata, telinga, tekak, mulut atau hidung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(k) Sakit belakang, cakera tergelincir, spondylosis, artritis, artritis rheumatoid, lupus eritematosus sistemik (SLE), osteoporosis, gout, kulit bersisik, penyakit kulit kronik atau lain-lain penyakit atau gangguan pada system imun, tisu penghubung, spina, otot, tulang atau sendi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(l) Sifilis, gonorea, penyakit kelamin, jangkitan Virus Papilloma Manusia (HPV) atau mana-mana penyakit kelamin berjangkit?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(m) Sebarang penyakit lain, gangguan, hilang upaya, kemalangan atau dimasukkan ke hospital atau sebarang pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang bukan menjadi rutin kebiasaan yang tidak disebutkan di atas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. (a) Pernahkah anda atau suami/isteri anda atau pasangan anda diuji atau menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan AIDS atau dijangkiti mana-mana Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Adakah apa-apa dalam gaya hidup anda yang menambahkan risiko anda dijangkiti AIDS atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) Pernahkah anda atau suami/isteri anda atau pasangan anda mengalami keletihan, kehilangan berat badan, cirit-birit, nodus limpa membesar atau lesi kulit luar biasa secara berterusan selama lebih dari satu minggu dalam tempoh tiga bulan yang lepas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d) Pernahkah anda tinggal secara berterusan untuk lebih dari satu bulan di mana-mana negara lain selain dari Malaysia untuk setahun yang lepas atau adakah anda bercadang untuk tinggal di luar Malaysia bagi tujuan selain daripada melancong dalam tempoh 3 bulan terdekat? Jika "YA", sila nyatakan negara dan tujuan anda tinggal di negara tersebut.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Adakah anda pernah terlibat atau adakah anda berhajat mengambil bahagian dalam mana-mana kegiatan yang berikut: Penerbangan, payung terjun, sukan motor, menyelam, mendaki gunung, atau mana-mana sukan berbahaya lain? Jika "YA", sila beri butiran penuh.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP		
	ORANG YANG DILINDUNGI	PESERTA
	YA TIDAK	YA TIDAK
9. Sepanjang 5 tahun lepas, pernahkah anda menjalani pemeriksaan fizikal dan/atau pemeriksaan diagnostik termasuk tapi tidak terhad kepada ujian darah dan air kencing, mammogram, pap smear, mamogram, ujian bunyi, biopsy, x-ray, CT scan, MRI, ECG, treadmill ECG, ekokardiogram, ujian fungsi paru-paru, ujian kepadatan tulang, angiogram, skop, EEG, kajian tidur?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Adakah terdapat mana-mana keadaan lain di mana telah tidak diberitahu di dalam borang cadangan ini yang boleh menyebabkan asurans ke atas diri anda melebihi bahaya yang luar biasa? Jika anda sangsi sama ada sesuatu keadaan itu lebih bahaya dari biasa, keadaan tersebut hendaklah dikemukakan.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. UNTUK WANITA SAHAJA (Terpakai untuk umur harilahir berikutnya 11 tahun dan ke atas)		
(a) Adakah anda hamil sekarang? Jika "YA", sila nyatakan berapa bulan mengandung. <input type="text"/> bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Pernahkah anda mengalami sebarang komplikasi semasa hamil atau kelahiran anak dahulu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) Pernahkah anda diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau pembedahan rawatan untuk sista buah fibroid, sista ovari, sindrom polisistik ovari, endometriosis, cervicitis, papsmear tidak normal atau atau penyakit atau gangguan pada buah dada atau organ wanita?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. UNTUK ANAK (Sehingga umur 2 tahun) SAHAJA		
(a) Adakah anak dilahirkan pramatang / kurang dari pada 37 minggu? Jika "YA", sila nyatakan tempoh kehamilan: <input type="text"/> <input type="text"/> minggu dan berat semasa lahir <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Pernahkah anak diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau pembedahan rawatan untuk sebarang komplikasi masa lahir atau untuk 30 hari pertama selepas lahir, jaundis neonatal berterusan yang memerlukan kemasukan hospital, jangkitan, kesukaran untuk bernafas atau gangguan paru-paru, kekurangan G6PD, keabnormalan ujian darah tiroid, keabnormalan darah, sawan, masalah kongenital atau kecacatan kelahiran atau keabnormalan perkembangan, fizikal atau kemerosotan mental, pendengaran, penglihatan atau kemerosotan percakapan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Jika anda menjawab "YA" kepada soalan-soalan 4 hingga 12 atau "TIDAK" kepada soalan 1, sila nyatakan nombor soalan dan beri butir-butir yang lengkap. _____ _____ _____		
14. Adakah anda kini seorang bankrap? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		
IV. PENGAKUAN UNTUK PENGUATKUASAAN SEMULA SIJIL		
<p>Saya/kami dengan ini mengakui bahawa saya/kami telah membaca permohonan atau telah diterangkan kepada saya/kami dan jawapan yang diberikan di dalam permohonan adalah jawapan saya/kami dan saya/kami mengakui bahawa jawapan di atas adalah lengkap dan benar, dan saya/kami bersetuju bahawa akuan ini dan jawapan yang diberikan akan menjadi asas penguatkuasaan semula sijil yang dicadangkan.</p> <p>Saya/kami telah memberikan kepada ejen tiada maklumat lain berkenaan dengan borang cadangan, melainkan yang bertulis atau yang dilampirkan kepada borang cadangan ini, dan saya/kami mengesahkan bahawa selain risalah, ilustrasi manfaat dan dokumen berkenaan yang diiktiraf oleh Pengendali Takaful, ejen tidak memberi sebarang dokumen atau maklumat untuk mempengaruhi saya/kami untuk menyertai dalam sijil takaful dengan Pengendali Takaful anda.</p> <p>Saya/kami membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat takaful/insurans, organisasi atau institusi yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang diri atau kesihatan saya/kami untuk menyatakan sebarang informasi tentang saya/kami kepada Pengendali Takaful atau wakilnya mengenai kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit dan saya/kami membenarkan Pengendali Takaful dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan apa-apa maklumat kepada mana-mana pihak yang dirasakan wajar. Salinan pemberian kuasa ini adalah sama dan diperakui sah seperti dokumen asalnya.</p> <p>Saya/kami dengan ini membenarkan Pengendali Takaful untuk memegang, menggunakan dan mendedahkan sebarang maklumat peribadi yang diberikan kepada Pengendali Takaful (sama ada yang terkandung di dalam Borang Cadangan ini atau sebaliknya) kepada kumpulan syarikatnya, ejen-ejennya atau rakan perniagaannya untuk tujuan menawarkan perancangan kewangan, produk dan/atau perkhidmatan dan untuk menyampaikan kepada saya/kami untuk tujuan sedemikian.</p>		

NOTA

Penguatkuasaan semula tidak dibenarkan untuk:

- (1) Sijil yang telah luput lebih dari 3 tahun.
- (2) Peserta/Orang yang Dilindungi wanita yang hamil 8 bulan dan ke atas.
- (3) Peserta/Orang yang Dilindungi yang mencapai umur 60 tahun dan ke atas pada harijadi akan datang, tetapi ia boleh dipertimbangkan mengikut kes-kes tertentu.

Pihak Pengendali Takaful berhak untuk meminta syarat-syarat perubatan tambahan kepada yang disebutkan di atas, dan perbelanjaan akan ditanggung oleh pemohon.

Terma dan Syarat-syarat:

1. Sijil yang luput tidak akan dikuatkuasakan semula sepenuhnya melainkan cadangan penguatkuasaan semula telah diluluskan dengan sepatutnya, semua caruman yang perlu dibayar kepada Pengendali Takaful telah diterima dan pemberitahuan telah diberi oleh Pengendali Takaful.
2. Penerimaan bayaran caruman untuk menguatkuasakan semula sijil yang luput oleh mana-mana ejen dan/atau pegawai Pengendali Takaful, sama ada resit telah dikeluarkan atau tidak, bukan bererti Pengendali Takaful menerima cadangan untuk meluluskan atau menguatkuasakan semula sijil yang luput.
3. Penguatkuasaan semula sijil yang luput tertakluk kepada hak mutlak Pengendali Takaful. Penguatkuasaan semula akan diluluskan selepas bukti boleh dilindungi yang memuaskan telah diterima.
4. Pengendali Takaful tidak menanggung sebarang risiko atau liabiliti atau apa saja semasa sijil ini luput.
5. Ia diisytiharkan dan dipersetujui dengan jelas bahawa berhubung dengan mana-mana sijil yang dikuatkuasakan semula, tarikh berkuat kuasa bagi peruntukan (i) Tidak Boleh Dipertikaikan dan Bunuh Diri yang terkandung dalam Hak Istimewa dan Syarat sijil ini dan (ii) Tempoh Menunggu yang dinyatakan dalam sijil atau manfaat, akan bermula dari tarikh sijil dikuatkuasakan semula oleh Pengendali Takaful.

PERHATIAN: PENGUATKUASAAN SEMULA INI TERTAKLUK KEPADA TERMA-TERMA DAN SYARAT-SYARAT YANG DINYATAKAN DI ATAS.

V. PENYATAAN PENGISYTIHARAN RESIDENSI CUKAI

Great Eastern Takaful Berhad ("Pengendali Takaful") dikehendaki mengumpul maklumat berkaitan status pemastautin bercukai bagi setiap Pemilik Sijil Takaful bagi mematuhi Akta Cukai Pendapatan 1967 dan Kaedah-Kaedah Cukai Pendapatan (Pertukaran Automatik Maklumat Akaun Kewangan) 2016 (secara kolektif dirujuk sebagai "Undang-undang Malaysia kepada Pematuhan Cukai Antarabangsa"). Undang-undang Malaysia kepada Pematuhan Cukai Antarabangsa melaksanakan piawaian untuk pertukaran automatik maklumat akaun kewangan berkaitan cukai, lazimnya dikenali sebagai Piawaian Laporan Bersama ("CRS"), yang dibangunkan oleh Pertubuhan Kerjasama Ekonomi dan Pembangunan ("OECD").

Menurut Undang-undang Malaysia kepada Pematuhan Cukai Antarabangsa, Pengendali Takaful mungkin dikehendaki dari segi undang-undang untuk berkongsi maklumat yang diberikan oleh Pemilik Sijil Takaful serta lain-lain maklumat kewangan yang berkaitan dengan akaun kewangan Pemilik Sijil Takaful dengan Lembaga Hasil Dalam Negeri Malaysia ("LHDN"). LHDN mungkin akan membuat pertukaran maklumat tersebut dengan pihak berkuasa percukaian daripada bidang kuasa lain atau bidang kuasa yang mana Pemilik Sijil Takaful mungkin merupakan pemastautin bercukai berdasarkan perjanjian diantara kerajaan untuk bertukar maklumat akaun kewangan.

Setiap bidang kuasa mempunyai peraturan tersendiri untuk menentukan pemastautin bercukai. Sekiranya anda mempunyai sebarang soalan untuk menentukan status pemastautin bercukai anda, atau bagaimana mengisi borang ini, anda perlulah meminta nasihat daripada penasihat cukai anda ataupun merujuk kepada portal maklumat pertukaran automatik OECD di <http://www.oecd.org/tax/transparency/automaticexchangeofinformation.htm>. Pengendali Takaful tidak mempunyai sebarang kedudukan untuk memberi bantuan selain daripada maklumat yang terkandung di dalam borang ini.

Nota: Untuk kontrak takaful yang mempunyai nilai tunai ataupun anuiti, Pemilik Sijil Takaful mungkin merupakan mana-mana individu:-

- (a) yang berhak mendapat nilai tunai; atau
- (b) yang berhak menukar benefisiari di dalam sijil; atau
- (c) yang dinamakan sebagai pemilik sijil; atau
- (d) dengan kelayakan yang diletak hak ke atas pembayaran mengikut terma sijil

Walau bagaimanapun, apabila kontrak takaful yang memberikan nilai tunai ataupun anuiti telah pun matang, individu yang layak untuk menerima pembayaran di bawah sijil akan dianggap sebagai Pemilik Sijil Takaful.

Adakah pada masa sekarang anda pemastautin cukai di luar Malaysia?

- Tidak, saya pemastautin cukai di Malaysia dan tidak mempunyai sebarang pemastautin cukai luar negara.
- Ya, saya pemastautin cukai di negara-negara/jurisdiksi berikut (sila masukkan Malaysia jika ada).

Sila lengkapkan ruangan berikut dengan menyatakan.

- (i) Dimana Orang yang Dilindungi/ Pencadang/Peserta ialah cukai bermastautin dan
- (ii) Nombor TIN Orang yang Dilindungi/ Pencadang/Peserta untuk setiap negara/ jurisdiksi dinyatakan.

Jika tiada nombor TIN sila berikan sebab **A**, **B** atau **C** seperti yang dinyatakan di bawah:

No	Negara cukai permastautin	No Cukai (TIN)	Jika tiada TIN, nyatakan sebab A, B atau C	Sebab kenapa anda tidak mempunyai TIN (Sila isikan jika memilih sebab B)
1				
2				
3				
4				
5				

Sebab A - Negara/ jurisdiksi dimana Pemilik Sijil Takaful ialah pemastautin dan tidak mengeluarkan nombor TIN.

Sebab B - Pemilik Sijil Takaful tidak dapat memiliki nombor TIN atau nombor yang setara.

(Sila jelaskan kenapa anda tidak dapat memiliki nombor TIN di ruangan di bawah jika anda memilih sebab ini)

Sebab C - Nombor TIN tidak diperlukan.

(Nota: Sila pilih sebab ini sahaja, jika undang-undang tempatan bagi jurisdiksi yang berkenaan tidak memerlukan kutipan nombor TIN yang dikeluarkan jurisdiksi tersebut)

V. PENYATAAN PENGISYTIHARAN RESIDENSI CUKAI

Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami ialah Pemilik Sijil Takaful untuk permohonan takaful keluarga yang berkaitan dengan borang ini. Di mana Orang yang Dilindungi merupakan seorang minor, saya/kami mengesahkan bahawa saya/kami diberikan kuasa untuk bertindak demi dan bagi pihak Orang yang Dilindungi di dalam kapasiti saya/kami sebagai penjaga yang sah kepada Orang yang Dilindungi.

Saya/Kami mengakui bahawa maklumat yang terkandung di dalam borang ini, termasuk maklumat berkenaan Pemilik Sijil Takaful dan mana-mana akaun boleh dilaporkan kepada LHDN serta dikongsi dengan pihak berkuasa cukai negara lain atau negara-negara yang mana Pemilik Sijil Takaful merupakan pemastautin bercukai, menurut perjanjian diantara kerajaan untuk bertukar maklumat akaun kewangan.

Saya/Kami mengakui bahawa semua kenyataan di dalam borang ini adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan dan kepercayaan saya/kami. Saya/Kami berjanji untuk memaklumkan kepada Pengendali Takaful dalam tempoh 30 hari sekiranya terdapat sebarang perubahan keadaan yang memberi kesan terhadap status pemastautin bercukai Pemilik Sijil Takaful atau menyebabkan maklumat yang terkandung di dalam borang ini menjadi tidak benar atau tidak lengkap. Saya/Kami akan memberikan kepada Pengendali Takaful borang pengakuan sendiri yang dikemas kini dalam tempoh 90 hari selepas perubahan keadaan tersebut.

Saya/Kami memahami bahawa mana-mana individu yang menyediakan sebarang maklumat yang tidak benar seperti yang perlu diberikan di bawah Undang-undang Malaysia kepada Pematuhan Cukai Antarabangsa (melainkan dapat dibuktikan bahawa maklumat yang tidak benar tersebut diberikan secara jujur) telah melakukan suatu kesalahan yang boleh dikenakan denda tidak kurang daripada RM20,000 dan tidak melebihi RM100,000, atau dipenjarakan sehingga enam (6) bulan atau kedua-duanya.

VI. NOTIS PERLINDUNGAN DATA PERIBADI (PDPA)

Dengan menghantar borang ini, anda memberi maklumat peribadi kepada Pengendali Takaful.

Pengendali Takaful akan memproses maklumat peribadi anda yang dinyatakan dalam borang ini dan/atau maklumat serta data selanjutnya yang mungkin diperlukan Pengendali Takaful sama ada daripada anda atau mana-mana pihak ketiga.

Maklumat peribadi anda mungkin digunakan, direkodkan, disimpan, didedahkan mahupun diproses sebaliknya oleh Pengendali Takaful atau bagi pihak Pengendali Takaful (dan penggantinya) bagi tujuan berikut:

- (a) untuk meneruskan perniagaan takaful;
- (b) untuk permohonan takaful ini atau untuk permohonan takaful selanjutnya atau produk berkaitan kewangan atau perkhidmatan berkaitan takaful atau sebarang pindaan, variasi, pembatalan atau pembaharuan sebarang produk atau perkhidmatan sedemikian oleh Pengendali Takaful dan syarikat lain dalam kumpulan Syarikat (untuk maklumat lanjut, sila layari www.greateastertakaful.com);
- (c) penyelidikan dan audit yang termasuk serta tidak terhad bagi tujuan sejarah dan statistik;
- (d) sebarang tuntutan atau penyiasatan atau analisis untuk tuntutan tersebut;
- (e) untuk memastikan sejarah tuntutan anda bagi memperbaiki proses tuntutan dan mengelakkan tuntutan palsu;
- (f) untuk menjalankan sebarang hak subrogasi;
- (g) untuk memadamkan sebarang data berkaitan anda yang disimpan oleh Pengendali Takaful dari semasa ke semasa;
- (h) pemasaran langsung dan pemasaran am;
- (i) mengurus dan memberi khidmat antara Pengendali Takaful dengan anda di samping meningkatkan perkhidmatan pelanggan yang dipertingkatkan; dan
- (j) jika diperlukan dari segi undang-undang atau atas niat baik, sekiranya tindakan tersebut diperlukan (i) untuk mematuhi sebarang penguatkuasaan undang-undang, arahan mahkamah atau proses undang-undang, dan/atau (ii) untuk melindungi serta mempertahankan hak atau harta Pengendali Takaful serta kumpulan Syarikat dan penggunaannya (untuk maklumat lanjut, sila layari www.greateastertakaful.com).

Dengan menghantar permohonan ini, anda bersetuju dan membenarkan Pengendali Takaful untuk memperoleh dan mengesahkan sebarang maklumat berkenaan anda daripada anda atau mana-mana pihak ketiga yang mungkin diperlukan Pengendali Takaful berhubung dengan permohonan anda untuk sebarang produk atau perkhidmatan takaful dari Pengendali Takaful. Persetujuan dan kebenaran di dalam ini akan melibatkan sebarang maklumat yang diperolehi daripada mana-mana sijil (sijil-sijil) takaful yang disediakan untuk anda pada masa kini, sebarang permohonan baru kepada Pengendali Takaful untuk takaful, sejarah rekod kewangan atau kredit, data atau maklumat sama ada disediakan secara peribadi ataupun tidak.

Maklumat yang anda beri kepada Pengendali Takaful adalah penting. Jika anda tidak menyediakan maklumat tersebut kepada Pengendali Takaful, Pengendali Takaful mungkin tidak dapat memberi perlindungan takaful atau memberi maklum balas ke atas sebarang tuntutan.

Pengendali Takaful mungkin mendedahkan dan/atau memberi maklumat peribadi anda kepada pihak berikut untuk tujuan di atas :

- (a) wakil yang dibenarkan Pengendali Takaful;
- (b) peserta;
- (c) penyedia perkhidmatan pihak ketiga (yang terlibat dalam pentadbiran, telekomunikasi, komputer, pembayaran, pemrosesan atau penyimpanan data atau perkhidmatan lain untuk Pengendali Takaful serta berkaitan dengan operasi perniagaan kami) bagi memenuhi tanggungjawab Pengendali Takaful kepada anda;
- (d) syarikat insurans/pengendali takaful, penyelaras tuntutan pihak ketiga, perkhidmatan mengesan dan mencegah penipuan, syarikat insurans semula/pengendali takaful semula dan pihak berkuasa bagi pengawalan industri;
- (e) sebarang agensi rujukan kredit atau jika gagal membuat bayaran, sebarang agensi pengutip hutang;
- (f) sebarang organisasi pengedaran insurans/takaful yang mengumpul maklumat berkenaan sejarah kredit, kesilapan tanpa sengaja, huraiian kecederaan dan amaun yang dibayar serta berkongsi maklumat tersebut dengan pengendali takaful lain dan pihak lain yang layak melihatnya;
- (g) mana-mana individu yang berperanan untuk menjaga rahsia dan telah berjanji untuk menyimpan rahsia data tersebut, seperti diamanahkan oleh Pengendali Takaful untuk memenuhi tanggungjawabnya kepada anda;
- (h) mana-mana penama, penerima pindahan, peserta atau peserta sebahagian yang sebenar atau dicadangkan, yang berhak ke atas Pengendali Takaful atau perniagaannya;
- (i) mana-mana individu yang mana Pengendali Takaful bertanggungjawab untuk membuat pendedahan mengikut keperluan sebarang undang-undang, aturan, peraturan, kod amalan atau garis panduan yang mengikat ke atas Pengendali Takaful termasuk dan tidak terhad kepada mana-mana pengawal atur, badan kerajaan atau badan berkenaan yang diiktiraf industri seperti Persatuan Takaful Malaysia dan apabila diperlukan undang-undang; dan
- (j) pengendali takaful lain dalam kumpulan Syarikat (untuk maklumat, sila layari www.greateastertakaful.com) termasuk syarikat yang terletak di luar Malaysia.

VI. NOTIS PERLINDUNGAN DATA PERIBADI (PDPA)

Anda boleh melakukan capaian ke atas sesetengah maklumat peribadi yang dipegang Pengendali Takaful berdasarkan undang-undang perlindungan data yang boleh didapati di Malaysia. Anda boleh melakukan capaian ke atas maklumat peribadi anda pada bila-bila masa dengan menghubungi Customer Service Careline di 1300 13 8338 atau melayari i-Getintouch Portal di <https://www.igetintouch.com.my>. Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan (seperti mengehadkan pemrosesan sesetengah maklumat, termasuk menarik balik kebenaran untuk menerima maklumat pemasaran), anda boleh menghubungi talian Customer Service Careline di 1300 13 8338 atau Pegawai Sulit kami di +603 4259 8381 atau menulis kepada Pengendali Takaful.

Pengendali Takaful mungkin mengenakan bayaran yang berpatutan untuk melakukan capaian. Jika anda boleh menunjukkan bahawa maklumat peribadi yang dipegang Pengendali Takaful adalah tidak tepat, tidak lengkap dan tidak dikemaskini, Pengendali Takaful akan mengambil langkah munasabah untuk memastikan maklumat adalah tepat, lengkap dan dikemaskini setelah menerima pengesahan/maklum balas anda.

Untuk maklumat lanjut bagaimana Pengendali Takaful menggunakan maklumat peribadi anda, sila layari www.greateastertakaful.com dan baca Piagam Pelanggan Takaful Operator dan Sijil Privasi atau hubungi Ejen Jualan/Penasihat Kewangan/wakil yang dibenarkan bagi mendapatkan salinan.

Pengendali Takaful mungkin menyemak semula dan mengemas kini Notis Perlindungan Data ini dari semasa ke semasa disebabkan perubahan undang-undang, perubahan dalam amalan perniagaan, prosedur dan struktur Pengendali Takaful serta perubahan terhadap jangkaan tahap privasi oleh masyarakat. Kami mungkin tidak dapat memaklumkan anda terhadap perubahan bagi Notis Perlindungan Data ini, oleh itu, anda boleh melayari www.greateastertakaful.com atau menghubungi Pegawai Sulit Pengendali Takaful bagi mendapatkan versi terkini Notis Perlindungan Data pada bila-bila masa.

Dengan menandatangani borang ini, anda membenarkan penggunaan maklumat peribadi anda termasuklah data peribadi yang sensitif.

Jika terdapat percanggahan antara versi Bahasa Malaysia untuk ilustrasi manfaat ini versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

Tarikh: / /
Hari Bulan Tahun

Tandatangan Orang yang Dilindungi
(Seperti di dalam rekod Great Eastern Takaful)

Nama _____

No.Surat Beranak/KP _____

Tandatangan Peserta
(Seperti di dalam rekod Great Eastern Takaful)

Nama _____

No.Surat Beranak/KP _____

Tandatangan Saksi
(Penama tidak boleh menjadi Saksi)

Nama _____

No. KP _____

Alamat _____

No. Akaun Ejen _____