

CADANGAN UNTUK TAKAFUL AS SYIFA' / PROPOSAL FOR AS SYIFA' TAKAFUL

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / FOR OFFICE USE ONLY

No. Cadangan
Proposal No.

Tarikh Cadangan Diterima
Date Proposal Received

No. Sijil
Certificate No.

JUMLAH BAYARAN
TOTAL PAYMENT

NO. RESIT
RECEIPT NO.

TARIKH
DATE

Pastikan awda menerima resit rasmi Syarikat bagi bayaran yang awda buat.
Kindly ensure that you collect the official receipt for the payment you make.

Perubatan
Medical 1 Bukan Perubatan
Non Medical 2

PERHATIAN :
AWDA ADALAH DIKEHENDAKI MENERANGKAN DENGAN SEPENUH DAN SEBENARNYA SEMUA BUTIR-BUTIR YANG AWDA TAHU ATAU SEPATUTNYA TAHU DALAM BORANG INI.
JIKA TIDAK SIJIL YANG DIKELUARKAN MENURUT CADANGAN INI ADALAH TIDAK SAH.

NOTE :
YOU ARE TO DISCLOSE IN THIS PROPOSAL FORM FULLY AND FAITHFULLY ALL THE FACTS WHICH YOU KNOW OR OUGHT TO KNOW OTHERWISE THE CERTIFICATE
ISSUED HEREUNDER MAY BE VOID.

SEMUA SOALAN HENDAKLAH DIJAWAB MENGGUNAKAN DAKWAT DAN HURUF BESAR
ALL QUESTIONS MUST BE FULLY COMPLETED IN BLOCK LETTERS AND IN INK

(A) PENCADANG / THE PROPOSER

(1) NAMA PENUH
(Seperti di K/P)
FULL NAME
(As stated in the I/C)

(2) a) ALAMAT SURAT MENYURAT
CORRESPONDENCE ADDRESS

 POSKOD
POST CODE

b) NO TELEFON
PHONE NO

RUMAH
HOUSE

PEJABAT
OFFICE

BIMBIT
MOBILE

EMEL
EMAIL

(3) a) NO KAD PENGENALAN
I/C NO.

WARNA KP
I/C COLOUR

b) TARIKH LAHIR / DATE OF BIRTH
HARI / DAY BULAN / MONTH TAHUN / YEAR

c) JANTINA
GENDER LELAKI
MALE PEREMPUAN
FEMALE

d) UMUR PADA HARI JADI AKAN DATANG
AGE NEXT BIRTHDAY TAHUN
YEAR e) UGAMA
RELIGION ISLAM
MUSLIM BUKAN ISLAM
NON MUSLIM

f) WARGANEGARA
NATIONALITY BRUNEI
BRUNEIAN BUKAN BRUNEI
NON BRUNEIAN

g) TARAF PERKAHWINAN
MARITAL STATUS BUJANG
SINGLE KAHWIN
MARRIED BALU
WIDOW CERAI
DIVORCED

h) BANGSA
RACE i) BILANGAN TANGGUNGAN
NUMBER OF DEPENDENTS ORANG
PERSON (S) j) TINGGI
HEIGHT sm
cm BERAT
WEIGHT kg

(4) a) PEKERJAAN DAN TERANGKAN JENIS KERJA SEBENAR
OCCUPATION AND STATE THE EXACT NATURE OF WORK

b) NAMA DAN ALAMAT MAJIKAN
NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER

c) PENDAPATAN BULANAN / MONTHLY INCOME

BAWAH
BELOW B\$500

B\$501 - B\$1,000

B\$1,001 - B\$2,000

MELEBIHI
ABOVE B\$2000

(B) PELAN TAKAFUL / TAKAFUL PLAN

(Silakan tandakan (✓) di dalam kotak yang berkenaan / Please tick (✓) in the appropriate box)

TEMPOH TAKAFUL
TAKAFUL PERIOD DARI
FROM HINGGA
TO

SUMBANGAN TAKAFUL SETAHUN
TAKAFUL CONTRIBUTION PER ANNUM B\$

PELAN
PLAN

DUTI SETEM
STAMP DUTY B\$

JUMLAH
TOTAL B\$

(C) ORANG YANG AKAN DILINDUNGI / PERSON TO BE COVERED

SILA BERIKAN NAMA YANG LENGKAP MENGENAI PASANGAN / ANAK-ANAK AWDA YANG AKAN TURUT DILINDUNGI DI DALAM SIJIL.
PLEASE GIVE PARTICULARS OF YOUR SPOUSE / CHILDREN WHO ARE TO BE INCLUDED IN THE CERTIFICATE.

NAMA PENUH FULL NAME	NO. K/P I/C NO.	TARIKH LAHIR DATE OF BIRTH	HUBUNGAN RELATIONSHIP	SUMBANGAN TAKAFUL TAKAFUL CONTRIBUTION
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

a) PEKERJAAN SUAMI/ISTERI
* SPOUSE'S OCCUPATION

b) TINGGI
HEIGHT

sm
cm

c) BERAT
WEIGHT

kg
kg

Nota Penting / Important Note :-

Pelan ini hanya boleh melindungi semua anak yang belum berkahwin dan belum bekerja berumur di antara 6 bulan dan 19 tahun. Tetapi bagi anak yang belajar sepenuh masa di institusi-institusi pengajian tinggi, had umur dilanjutkan sehingga mencapai harjadi ke 25.

The plan can be extended to include all unmarried and unemployed children between the ages 6 months to 19 years. Participant's children in full time tertiary institution the age will be extended to their 25th birthday.

*** Sekiranya ruang yang disediakan tidak mencukupi, sila lampirkan kertas yang berasingan
If the space provided is inadequate, please attach a separate sheet.

(D) KENYATAAN KESIHATAN & PERUBATAN / HEALTH & MEDICAL STATEMENT

(Sila tandakan (✓) di dalam kotak yang berkenaan / Please tick (✓) in the appropriate box)

(i) Pernahkah cadangan takaful / insurans perubatan, hospital atau insurans hayat awda ditolak, dibatalkan, diterima dengan bersyarat, atau ditolak pembaharuannya? <i>Have you ever had any medical, hospitalization or life insurance / takaful application rejected, cancelled, accepted with special terms, or had renewal declined?</i>	YA / YES	TIDAK / NO
(ii) Pernahkah awda: <i>Have / Are you:</i>	YA / YES	TIDAK / NO
a) Sedang dalam pemerhatian, rawatan atau pengubatan? <i>Currently under observation, medical treatment or on medication?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pernah menjalani pembedahan atau dimasukkan ke wad atau rumah pemulihan untuk pengawasan atau rawatan? <i>Ever had a surgical operation or even been in a hospital or sanitarium for observation or treatment?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Pernah dinasihatkan menjalani ujian diagnostik, tinggal di wad atau pembedahan tetapi belum dilakukan lagi? <i>Ever been advised to have any diagnostic test, hospital confinement or surgical operation has not yet been performed?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Dalam masa lima tahun lepas, perlu berjumpa doktor kerana penyakit berulang? <i>Needed to consult a doctor for a recurrent complaint during the last five years?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(iii) Sepanjang pengetahuan dan kepercayaan awda, adakah awda pernah atau diberitahu menghidap atau dirawat untuk mana - mana penyakit berikut :- <i>To the best of your knowledge and belief, have you ever had, or ever been told of or treated for any one or more of the following :-</i>	YA / YES	TIDAK / NO
a) Penyakit jantung atau saluran darah? <i>Disease of heart or arteries?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Brorikitis, asma, pneumonia, tuberkulosis, batuk berterusan, ludah berdarah, sesak nafas, emphisima, hepatitis, sirosis, sakit kuning? <i>Bronchitis, asthma, pneumonia, tuberculosis, persistent cough, spitting of blood, shortness of breath, emphysema, hepatitis, cirrhosis, jaundice?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Beguk atau keilatan fungsi kelenjar hormon atau tiroid, masalah sistem limpa? <i>Goitre or thyroid or hormonal glands malfunction, problem of lymphatic system?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Strok, sawan, lumpuh, meningitis, letih lesu, penyakit pada otak, ketumbuhan barah, gangguan otak atau saraf? <i>Stroke, fits, paralysis, meningitis, dizziness, disease of the brain, brain tumor, mental or nervous disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Katarak, glaukoma, tanggal retina, resdung atau lain-lain penyakit mata, telinga, hidung atau tekak? <i>Cataracts, glaucoma, detached retina, sinusitis or disorder of the eyes, ears, nose or throat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ulser atau lain-lain penyakit dalam perut, buasir, batu karang dalam buah pinggang dan/atau pundi hempedu, penyakit hati, prostat, usus, masalah saluran kencing? <i>Stomach ulcers or other disorder, piles, stones in kidney and / or gall bladder, disorder of liver, prostate intestines, urinary tract problem?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Burut, terseliah tulang belakang, patah, artritis atau kecacatan otot sendi, saluran darah varikus polio? <i>Hernia, slipped disc, fractures, arthritis or joint muscle disorder, varicose veins, polio?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Masalah kulit (selain dari jerawat / ruam yang sedikit), psoriasis (rambut), ekzima atau sebarang ketumbuhan? <i>Skin problem (other than pimples / minor rashes), psoriasis (hair), eczema or any tumours?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Kencing manis, protein dalam air kencing? <i>Diabetes, protein in urine?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Masalah berkaitan organ sistem peranakan, fibroid, sista, payudara, servik rahim, saluran fallopian atau ovari? <i>Problem relating to the reproductive system organs, fibroid, cysts, breasts, uterine cervix, fallopian canal or ovaries?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- iv) Sila berikan keterangan penuh berkaitan sebarang masalah kesihatan yang dialami yang tidak disebut dalam soalan-soalan di muka surat sebelum ini.
Please give details of any other health problems from which you have suffered and which are not covered in the earlier page.

- v) Jika jawapan awda 'YA' terhadap mana-mana soalan di muka surat sebelum ini, sila beri keterangan lengkap.
If you have answered 'YES' to any of the questions in the earlier page, please give complete details.

No. Soalan Question No.	Keilatan Disability	Tarikh Date	Hasil pemeriksaan Examination Outcome	Nama dan Alamat Doktor / Hospital Name & Address of Attending Physician / Hospital

Lain-lain kenyataan :-
Other Statements :-

- v i) Sila berikan nama dan alamat doktor kebiasaan awda di dalam masa lima tahun lepas.
Please give the full name and address of your usual doctor in the past five years :-

Nama Doktor :
Physician's Name :

No. Telefon :
Telephone No. :

Nama & Alamat Hospital / Klinik :
Name & Address of Hospital / Clinic :

PERHATIAN/NOTE

Sekiranya Peserta membatalkan sijil ini, maka Takaful Brunei Am Sdn Bhd akan mengenakan bayaran \$10.00 untuk setiap sijil.
In the event that the certificate is cancelled, Takaful Brunei Am Sdn Bhd shall charged \$10.00 per certificate.

(E) PENGAKUAN PENERIMA MANFAAT TAKAFUL / TAKAFUL BENEFIT RECIPIENT DECLARATION

Bahawasanya saya dengan ini mengarahkan Takaful Brunei Am Sdn Bhd (selepas ini dirujuk sebagai "pihak Syarikat") bahawa sekiranya saya meninggal dunia sebelum tempoh penyertaan Pelan saya matang maka manfaat Takaful yang kena dibayar oleh pihak Syarikat mengikut syarat-syarat Sijil Takaful hendaklah dibayar kepada Penerima-Penerima Manfaat Takaful yang dinyatakan di bawah :-

I hereby instruct Takaful Brunei Am Sdn Bhd (hereinafter referred to as "the Company") that in the event that I died before expiry date of participation, Takaful benefit payable by the Company in accordance to terms of Takaful Certificate will be paid to Takaful Benefit Recipients stated below :-

Dengan ini juga saya bersetuju setelah pihak Syarikat membayar manfaat Takaful tersebut kepada Penerima-Penerima Manfaat Takaful saya, pihak Syarikat adalah bebas daripada semua tanggungan di bawah Sijil Takaful tersebut.

I hereby agree that upon the Company paying the said Takaful benefit to my Takaful Benefit Recipients, the Company is free from any liabilities under the said Certificate.

Berikut adalah Penerima-Penerima Manfaat Takaful yang saya senaraikan :

Below are the listed Takaful Recipients :

Name : <i>Name</i>	<input type="text"/>	Name : <i>Name</i>	<input type="text"/>
No. K/P : <i>I/C No.</i>	<input type="text"/>	No. K/P : <i>I/C No.</i>	<input type="text"/>
Warna K/P : <i>I/C Colour</i>	<input type="text"/>	Warna K/P : <i>I/C Colour</i>	<input type="text"/>
Hubungan / Persaudaraan : <i>Relationship</i>	<input type="text"/>	Hubungan / Persaudaraan : <i>Relationship</i>	<input type="text"/>
Alamat : <i>Address</i>	<input type="text"/>	Alamat : <i>Address</i>	<input type="text"/>

Sekiranya ruang yang disediakan tidak mencukupi, sila lampirkan kertas yang berasingan.
If the space provided is inadequate, please attach a separate sheet.

(F) AKUAN / DECLARATION

Akuan Perjanjian

Bahawasanya dengan ini saya/kami mengakui dan mengesahkan sepanjang pengetahuan saya/kami, pernyataan-pernyataan yang terkandung di dalam Borang Cadangan dan Akuan ini adalah benar dan betul.

Berdasarkan kepada prinsip **At-Tabarru'at**, saya/kami dengan ini mengamanahkan kepada Takaful Brunei Am Sdn Bhd (selepas ini dikenali sebagai pihak Syarikat) bahawasanya 76% daripada sumbangan Takaful saya/kami akan didermakan ke dalam Kumpulan Wang Takaful secara **Tabarru'** bagi tujuan membantu peserta-peserta layak di dalam Sijil Takaful. Saya/Kami dengan ini memahami dan bersetuju bahawa lebih bersih dari Kumpulan Wang tersebut, jika ada, akan dikendalikan oleh pihak syarikat mengikut cara-cara yang difikirkan sesuai oleh pihak Syarikat berdasarkan prinsip Syariah yang akan memberi kebaikan kepada saya/kami dan Kumpulan Wang Takaful.

Saya/kami juga memahami bahawa sebagaimana dipersetujui dan diluluskan oleh Badan Penasihat Syariah pihak syarikat, lebih bersih tersebut hanya akan diagihkan kepada saya/kami sebagai hibah jika saya/kami memperbaharui sijil takaful ini tertakluk jika saya/kami tidak membuat tuntutan dan/atau menerima apa-apa pampasan dan/atau manfaat di bawah perjanjian takaful dalam tempoh ia berkuatkuasa. Jika sijil takaful ini tidak diperbaharui, maka dengan ini, saya/kami selanjutnya bersetuju bahawasanya tiada lebih bersih akan diagihkan kepada saya/kami dan ianya akan ditabarru'kan ke dalam Kumpulan Wang Takaful bagi kemaslahatan peserta-peserta takaful dan Kumpulan Wang itu sendiri.

Berdasarkan prinsip **Al-Wakalah**, saya/kami dengan ini melantik pihak Syarikat sebagai **Wakil** saya/kami untuk mentadbir, mengurus, membuat pelaburan yang menepati prinsip Syariah dan mengagihkan Kumpulan Wang tersebut kepada peserta-peserta yang ditimpa musibah tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat yang tertera di dalam perjanjian takaful. Maka adalah dengan ini, saya/kami memberikan 24% daripada sumbangan takaful saya/kami kepada pihak Syarikat sebagai Upah Wakalah bagi perkhidmatan-perkhidmatan tersebut. Saya/kami juga dengan ini bersetuju memberikan upah daripada lebih bersih Kumpulan Wang Takaful (jika ada) kepada pihak Syarikat pada kadar peratus yang diluluskan oleh Badan Penasihat Syariah pihak Syarikat.

Saya/kami dengan ini bersetuju tanggungan pihak Syarikat tidak akan bermula sebelum Borang Cadangan dan Akuan ini diterima oleh pihak Syarikat dan sumbangan takaful telah saya/kami bayar kecuali terdapat nota perlindungan rasmi yang dikeluarkan oleh pihak Syarikat. Saya/Kami Seterusnya bersetuju bahawa penyata-penyata dan pengakuan-pengakuan yang terkandung di dalam Borang Cadangan dan Akuan ini akan menjadi asas kepada perjanjian takaful dengan pihak Syarikat dan disifatkan sebagai diperbadankan di dalam perjanjian ini.

Declaration

I/We to the best of my/our knowledge, hereby confirm that the statements contained in this Proposal Form are true and correct.

*On the basis of the principles of **At-Tabarru'at**, I/we hereby entrust to Takaful Brunei Am Sdn Bhd (hereinafter referred to as the Company), of which 76% of my/our Takaful contribution will be donated as **Tabarru'** into the Takaful Fund to help other eligible participants under the takaful contract. I/We hereby understand and agree that the underwriting surplus arising from the said fund, if any, shall be managed by the Company in a manner deemed fit by the Company and in accordance with Shariah principles which shall give benefits to me/us and the Takaful Fund.*

*I/We also understand that as agreed and approved by the Shariah Advisory Body of the Company, the underwriting surplus will only be distributed to me/us as hibah upon renewal of this Takaful Certificate provided that I/We have not incurred any claim and received any benefit under this Takaful Certificate whilst it is in force. If this Takaful certificate is not renewed, I/We further agree that there shall be no underwriting surplus entitled to me/us and it shall be donated as **Tabarru'** in the Takaful Fund for the benefit of the takaful participants and the General Takaful Fund itself.*

*On the basis of the principles of **Al-Wakalah**, I/we also hereby appoint the Company as my/our **Wakeel** (agent) to administer, manage, invest and distribute the Takaful Fund to other participants in times of misfortune subject always to the terms and conditions stated in the Takaful Certificate and Schedule. To this end, I/we apportion 24% of my/our contribution to the Company as a **Wakalah Fee** for the aforementioned services I/We have agreed the Company to render. I/We hereby also agree to give a fee from the surplus of the Takaful fund (if any) to the Company at a percentage as approved by the Shariah Advisory Body of the Company.*

I/We hereby agreed that liability of the Company does not commence until this proposal has been accepted by the Company and the Takaful Contribution paid by me/us, except as provided by any official cover note issued by the Company. I/We agree that the statements and declaration contained in this Proposal Form shall be the basis of the contract of takaful with the Company and are deemed to be incorporated in the contract.

Akad bagi Perniagaan melalui Wakil-Wakil Takaful (Jika Berkenaan) / Aqad for Business through Agent (If Applicable)

Saya/Kami dengan ini mengizinkan pihak Syarikat melantik wakil-wakil atau sesiapa sahaja yang bertindak bagi pihak Syarikat bagi kepentingan Kumpulan Wang Takaful (jika berkenaan).

I/We authorise the Company to appoint agents and all others appointed by the Company to act on its behalf for the benefit of the Takaful Fund (If applicable).

Tandatangan Pencadang
Signature of Proposer

Tandatangan Saksi 1
Signature of 1st Witness

Tandatangan Saksi 2
Signature of 2nd Witness

Tarikh
Date

Nama
Name

Nama
Name

Waktu
Time

No. KP
IC No.

No. KP
IC No.

SENARAI SEMAK:
CHECKLIST:

SALINAN KP
COPY IC



Naskah Bahasa Inggeris adalah Borang Cadangan dan Akuan yang sah yang akan dirujuk sekiranya timbul apa-apa perbezaan mengenai Cadangan dan Akuan ini.

The English version of the Proposal and Declaration Form shall solely be used to determine all differences arising out of the same.

Nota / Note :-

Pelan ini tidak melindungi penyakit yang sedia ada semasa cadangan ini dibuat (kecuali dinyatakan secara khusus sebaliknya) dan penyakit yang kebiasaannya tidak dilindungi di bawah mana-mana pelan Takaful/Insurans kesihatan seperti rawatan yang berkaitan dengan mengandung dan melahirkan anak, gigi, sakit mental, pembedahan kosmetik, penyalahgunaan alkohol atau dadah, kecacatan sejak lahir dan lain-lain perkhidmatan bukan perubatan seperti telefon dan langganan akhbar.

This plan does not cover pre-existing illness (unless specifically mentioned otherwise) and those normally excluded under any health plan Takaful/Insurance e.g. maternity related treatment, dental, mental illness, cosmetic surgery, alcohol or drug abuse, congenital abnormalities and non-medical items such as telephone and newspaper subscription.