

- Pemulihan  
 Pengaktifan  
 Pengaktifan dengan pembayaran cuti premium\*

## PENGAKUAN KESIHATAN

No. Polisi : _____	Adakah anda membuat bayaran bagi permohonan ini? (Ya / Tidak) dan jumlahnya (jika ada) RM _____
--------------------	--

### NOTA PENTING

1. Mengikut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda dikehendaki menjawab semua soalan-soalan dan pengakuan-pengakuan di dalam permohonan ini, dan kesemua jawapan-jawapan dan pengakuan-pengakuan ini mestilah tepat dan lengkap.
2. Anda hendaklah memberitahu Etiqa Life Insurance secara bertulis jika terdapat perubahan pada mana-mana jawapan-jawapan atau pengakuan-pengakuan yang diperlukan di dalam permohonan ini, sebelum tarikh pengeluaran/pengaktifan/perubahan polisi ini.
3. Penerimaan cadangan anda adalah tertakluk kepada penilaian pengunderaitan. Perlindungan akan bermula selepas kontrak dikeluarkan/diaktifkan/diubah.
4. Dalam borang cadangan ini, kecuali jika konteks ini dinyatakan sebaliknya, perkataan "Saya/Kami, Anda/Kami," bermaksud Orang Yang Diinsuranskan/ Pemilik Polisi yang mana berkenaan.
5. Sebarang perubahan mesti ditandatangani oleh Orang yang Diinsuranskan dan Pemilik Polisi.
6. Salinan borang permohonan yang lengkap dengan tarikh penyerahan ke Etiqa **WAJIB** diberikan kepada Pemilik Polisi.
7. \*Pengaktifan dengan pembayaran cuti premium adalah tidak dibenarkan jika polisi pernah dikuatkuasakan melalui pilihan Pemulihan sebelum ini.

A. MAKLUMAT PERIBADI	ORANG YANG DIINSURANSKAN	PEMILIK POLISI
Nama Penuh (seperti di dalam K.P)		
Pekerjaan (Butir-butir tugas) : Bidang Perkhidmatan/Perniagaan :	_____	_____
Ketinggian & Berat Badan	<div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <span>CM</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <span>KG</span> </div>	<div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <span>CM</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <span>KG</span> </div>

B. BUTIR-BUTIR KESIHATAN (Sila tanda ✓ pada 'YA' atau 'TIDAK') Jika sebarang jawapan bagi soalan-soalan dibawah adalah YA, sila nyatakan nombor soalan dan butirannya di bahagian C.	ORANG YANG DIINSURANSKAN		PEMILIK POLISI	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Adakah anda merokok? Jika ya, berapa batang rokok yang anda hisap dalam sehari dan sudah berapa lamakah anda merokok? Orang Yang Diinsuranskan : _____ batang sehari, selama _____ tahun Pemilik Polisi : _____ batang sehari, selama _____ tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Adakah anda pernah mengalami, didiagnosis, atau dirawat untuk penyakit / gangguan / keadaan secara langsung atau tidak langsung berkaitan dengan yang berikut:				
a. Kanser, ketumbuhan, sista, benjolan tidak normal/tumbesaran/bengkak, leukemia melanoma atau limfoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jantung, saluran darah, limfa,kelenjar limfa (termasuk penyakit arteri koronari serangan jantung, degup jantung tidak normal, hipertensi, kolesterol tinggi, strok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Darah (termasuk anemia, thalassaemia, bilangan platelet rendah, masalah-masalah pendarahan atau sebarang gangguan darah)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Paru-paru (termasuk radang paru-paru, batuk kering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pundi hempedu, hati, perut, usus kecil, usus besar (termasuk hepatitis B atau C, najis berdarah, radang usus, penyakit Crohn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Otak, saraf (termasuk sawan, kekejangan, sawan babi, penyakit Parkinson, sklerosis berbilang, penyakit Alzheimer , lumpuh, menggigil luar kawalan, penyakit psikiatri, demensia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tiroid, pankreas, dan kelenjar endokrin (termasuk kencing manis, goiter, pankreatitis, gangguan hormon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Otot, tulang, sendi (termasuk gout, arthritis, sakit sendi, cakera tergelincir ,fizikal luar biasa, kehilangan anggota atau ketidakupayaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Buah pinggang, pundi, saluran kencing (termasuk kencing berdarah, paras gula tidak normal atau protein di dalam air kencing, batu karang dan prostat untuk lelaki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sistem Imun (termasuk SLE - Lupus Eritematosus Sistemik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. HIV, AIDS, penyakit jangkitan seksual (termasuk herpes, sifilis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Bagi lelaki: penyakit prostat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Bagi wanita: payudara, pangkal rahim, peranakan, ovari (termasuk kelenjar payudara, karsinoma in-situ, sista payudara atau ovari, fibroid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Semenjak 5 tahun yang lalu pernahkah anda menerima rawatan atau dinasihatkan untuk mendapatkan rawatan atau adakah anda berhasrat untuk menjalani mana-mana penyeldidikan/ ujian saringan termasuk darah/ ujian air kencing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Adakah ketika ini anda sedang menerima/ memikirkan untuk mendapatkan mana-mana rawatan perubatan/ nasihat, atau 5 tahun yang lalu pernah dinasihatkan untuk atau dimasukkan ke hospital atau kemudahan perubatan atau pernah menjalani/ dinasihatkan untuk menjalani pembedahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No. Polisi : _____	ORANG YANG DIINSURANSKAN		PEMILIK POLISI	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
5. Adakah sesiapa dikalangan ahli keluarga kandung terdekat anda, pernah mengalami atau meninggal dunia disebabkan oleh penyakit kencing manis, kanser, penyakit buah pinggang, strok atau sebarang penyakit keturunan sebelum umur enam puluh (60) tahun? Jika ya, sila berikan butiran terperinci diagnosis, umur mula diserang, umur semasa atau umur meninggal dunia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pernahkah permohonan anda untuk memperbaharui atau pengembalian semula polisi insurans hayat atau kontrak Takaful Keluarga ditolak, ditangguh, atau tertakluk kepada terma-terma khas, sila beri butiran sepenuhnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Adakah anda memiliki insurans atau kontrak perubatan, kesihatan, hayat atau Takaful Keluarga dengan kami atau mana-mana syarikat insurans/ pengendali takaful? Jika 'YA', sila beri butiran sepenuhnya nama syarikat, tarikh dikeluarkan, nama produk dan jumlah perlindungan untuk kesemua polisi/ sijil yang masih aktif dan permohonan yang masih dalam proses pada ruangan bahagian C. di bawah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. Jika sebarang jawapan bagi soalan-soalan di atas adalah YA, sila nyatakan nombor soalan dan butirannya di bawah ini.</b>				
<b>ORANG YANG DIINSURANSKAN</b>		<b>PEMILIK POLISI</b>		
<b>PENGAKUAN &amp; PEMBERIAN KUASA</b>				
Sila baca dengan teliti sebelum menandatangani permohonan ini.				
<p>1. Saya/Kami menyedari bahawa saya/kami perlu menjawab semua soalan-soalan dan pengakuan-pengakuan di dalam permohonan ini, dan kesemua jawapan-jawapan adalah tepat dan lengkap. Saya/Kami bersetuju bahawa kegagalan menjawab soalan atau pengakuan, atau menjawab dengan salah soalan atau pengakuan, ia mungkin akan menyebabkan polisi dibatalkan, tuntutan tidak dibayar, atau kadar-kadar dan terma-terma polisi diubah.</p> <p>2. Saya/Kami bersetuju memberitahu Etiqa Life Insurance secara bertulis jika terdapat perubahan pada jawapan-jawapan atau pengakuan-pengakuan di dalam permohonan ini, sebelum tarikh pengeluaran/pengaktifan/perubahan polisi ini. Saya/Kami bersetuju bahawa kegagalan memberitahu Etiqa Life Insurance sebarang perubahan tersebut, ia mungkin akan menyebabkan pembatalan polisil, tuntutan tidak dibayar, atau kadar-kadar dan terma-terma polisi diubah.</p> <p>3. Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami memahami bahawa jawapan saya/kami di dalam cadangan ini dan sebarang dokumen lain yang berkaitan telah dilengkapi oleh saya/kami di dalam sebarang laporan perubatan, soal selidik atau pindaan adalah bergantung kepada Etiqa Life Insurance dalam memutuskan sama ada untuk menerima permohonan saya/kami atau tidak.</p> <p>4. Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans/ pengendali Takaful, institusi kewangan atau mana-mana pertubuhan atau syarikat atau orang yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami, kedudukan kewangan saya/kami atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada Etiqa Life Insurance atau wakil mana-mana atau semua maklumat tentang saya/kami dengan merujuk kepada sejarah saya/kami dan keluarga / atau kedudukan kewangan saya/kami dan/atau sejarah perubatan sebelum atau selepas kematian saya/kami. Saya/Kami bersetuju bahawa salinan atau faksimili pemberian kuasa ini hendaklah dianggap berkuatakuasa dan sah seperti yang asal dan terikat dengan sesiapa sahaja yang mengambil alih mana-mana hak undang-undang saya/kami.</p> <p>5. Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa perlindungan Insurans saya /kami yang dipohon hanya berkuat kuasa pada tarikh KONTRAK POLISI DIKELUARKAN/DIAKTIFKAN/DIUBAH oleh Etiqa Life Insurance dengan syarat bahawa permohonan ini telah diluluskan dan premium penuh awal telah diterima oleh Etiqa Life Insurance semasa hayat saya/kami dan sebelum atau pada tarikh permulaan perlindungan, tidak ada apa-apa perubahan untuk kesihatan saya/kami. Jika premium awal dibayar melalui cek, saya/kami faham bahawa perlindungan insurans hanya akan bermula selepas cek telah dijelaskan.</p> <p>6. <b>Hanya untuk polisi berkaitan pelaburan</b>  Saya/Kami dengan ini faham dan bersetuju bahawa transaksi (-transaksi) unit adalah ditentukan oleh penilaian harga unit pada Tarikh Penerimaan, dan ini tertakluk kepada permohonan ini telah diterima oleh Ibu Pejabat Etiqa pada hari bekerja dan sebelum atau pada pukul 1 tengah hari ("Hari Terima"), jika tidak Tarikh Penerimaan akan merujuk kepada hari bekerja berikutnya dari Hari Diterima. Saya/Kami juga faham bahawa permohonan ini hanya akan diterima dan diproses oleh Etiqa jika semua maklumat dan dokumen yang diperlukan telah diterima dengan lengkap.  Saya mengakui yang saya telah membaca dan memahami mengenai kesan jangka panjang polisi saya seperti yang dinyatakan dalam ilustrasi  <input type="checkbox"/> bernombor _____ di mana ia boleh memberi kesan atau tidak jika saya meneruskan untuk melaksanakan transaksi yang telah dipilih.</p>				
Tandatangan pada : _____ / _____ / _____ (HH/BB/TTTT)				
Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan		Tandatangan Pemilik Polisi		Tandatangan Saksi *
Nama :	_____	Nama :	_____	Nama :
No. KP :	_____	No. KP :	_____	No. KP :
No. Bimbit :	_____	No. Bimbit :	_____	No. Bimbit :
Alamat :	_____	Alamat :	_____	Alamat :
* <b>KENYATAAN SAKSI:</b> Dengan ini saya mengesahkan bahawa semua tandatangan dalam borang ini dibuat dihadapan saya dan sepanjang pengetahuan saya, tandatangan ini adalah tandatangan Pemilik Polisi / Orang Yang Diinsuranskan polisi ini. <b>Nota:</b> Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun, berfikiran waras dan bukan penama atau pemegang amanah yang dinamakan.				
<b>Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja</b>		Tarikh & Masa Terima di MBB / Cawangan		HH/BB/TTTT HH:SS AM/PM <b>WAJIB</b> BAGI BERKAITAN PELABURAN