Sun Life Malaysia Assurance Berhad* (197499-U)
Sun Life Malaysia Takaful Berhad* (689263-M)
Level 11, 338 Jalan Tuanku Abdul Rahman, 50100 Kuala Lumpur
Telephone (603) 2612 3600 Facsimile (603) 2698 7035
Client Careline 1300-88-5055 sunlifemalaysia.com

REINSTATEMENT FORM / *BORANG PENGEMBALIAN SEMULA*

IMPORTANT NOTES / *NOTA-NOTA PENTING*

1. **Under Schedule 9 of the Financial Services Act 2013/Islamic Financial Services Act 2013, you are required to take reasonable care;** / *Di bawah Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda dikehendaki mengambil penjagaan munasabah;*

   a) **not to make any misrepresentation when answering any questions asked by Company/Takaful Operator ie; you should answer the questions fully and accurately. Please note that all of the questions that are asked by Company/Takaful Operator are relevant to Company/Takaful Operator's decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.** / *untuk tidak membuat sebarang salah nyataaan apabila menjawab sebarang soalan yang dikemukakan oleh Syarikat/Pengendali Takaful iaitu anda seharusnya menjawab soalan dengan lengkap dan benar. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan yang ditanya oleh Syarikat/Pengendali Takaful adalah berkait dengan keputusan Syarikat/Pengendali Takaful sama ada untuk menerima atau tidak risiko serta kadar dan terma yang hendak dipakai.*

   b) **to disclose the changes to Company/Takaful Operator fully and accurately if there are any changes to the answers given in this form between the time of submission of this form and the time the policy/certificate is reinstated.** / *untuk mendedahkan kepada Syarikat/Pengendali Takaful sepenuhnya dan dengan tepat/benar mengenai sebarang perubahan sekiranya terdapat sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan dalam borang ini di antara waktu serahan borang ini dan waktu polisi/kontrak dikembalikan semula.*

   c) **to disclose to Company/Takaful Operator any matter which you know to be relevant to Company/Takaful Operator's decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.** / *untuk mendedahkan kepada Syarikat/Pengendali Takaful sebarang perkara yang anda ketahui berkait dengan keputusan Syarikat/Pengendali Takaful sama ada untuk menerima atau tidak risiko serta kadar dan terma yang hendak dipakai.*

2. **In accordance with the guidelines on anti-money laundering issued by Bank Negara Malaysia, Company/Takaful Operator is required to verify the identity of its client. In the event of insufficient proof of identification, the application may not be accepted.** / *Menurut garis panduan mengenai pencegahan pengubahan wang haram yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia, Syarikat/Pengendali Takaful dikehendaki mengesahkan identiti pelanggannya. Sekiranya bukti pengenalan tidak diberikan secukupnya, permohonan tersebut mungkin tidak diterima.*

3. **The health questionnaires in this form are to be answered by the policy/contract owner/holder and the life assured/person covered (if the life assured/person covered is a different person from the policy/contract owner/holder).** / *Soal selidik kesihatan dalam borang ini perlu diisi oleh pemilik/pemegang polisi/kontrak dan orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi (sekiranya orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi bukan pemilik/pemegang polisi/kontrak).*

SECTION A: POLICY/CONTRACT INFORMATION / *SEKSYEN A: MAKLUMAT POLISI/KONTRAK*

(i) COMPULSORY to be completed / *WAJIB diisi*

Policy/Contract number / *Nombor polisi/kontrak*	
Policy/Contract owner/holder's/assignee's name / *Nama pemilik/pemegang polisi/kontrak/pemegang serah hak*	
NRIC number (new) / *Nombor kad pengenalan (baharu)*	
Other identification number / *Nombor pengenalan lain*	
Mobile phone number (compulsory for SMS notifications) / *Nombor telefon bimbit (wajib untuk pemberitahuan melalui SMS)*	
Email / *Emel*	
Life assured/Person covered's name / *Nama orang yang diinsuranskan/dilindungi*	

(ii) OPTIONAL – If there is(are) any change(s) to your personal details, please fill in the relevant field. / *PILIHAN – Sila isikan ruangan yang berkenaan jika terdapat sebarang perubahan kepada butiran peribadi anda.*

Date of birth / *Tarikh lahir*	
Occupation / *Pekerjaan*	
Exact duties / *Tanggungjawab sebenar*	
Nationality / *Kewarganegaraan*	

Policy/Contract number / *Nombor polisi/kontrak:*

Correspondence address (if difference from your permanent address) / *Alamat surat-menyurat (jika berlainan dengan alamat tetap)*	**Postcode** / *Poskod*
Permanent address / *Alamat tetap*	**Postcode** / *Poskod*
Home telephone number / *Nombor telefon rumah*	
Office telephone number / *Nombor telefon pejabat*	

SECTION B: HEALTH QUESTIONNAIRES / *SEKSYEN B: SOAL SELIDIK KESIHATAN*

Please tick (✓) "Yes" or "No". If you have answered YES to any of the questions below, please provide full details (including medical conditions, date of diagnosis and duration, treatment prescribed, nature of test done with the dates, name and address of doctor, result, if any) at the answer column provided below or in a separate sheet. / *Sila tanda (✓) "Ya" atau "Tidak". Sekiranya anda menjawab YA untuk mana-mana soalan di bawah, sila nyatakan butirannya (termasuk keadaan perubatan, tarikh diagnosis dan tempoh, rawatan yang ditetapkan, jenis ujian yang dilakukan dengan tarikh, nama dan alamat doktor, keputusan, sekiranya ada) di kotak jawapan yang disediakan di bawah atau di dalam helaian lain.*	**Policy/Contract owner/holder** / *Pemilik/Pemegang polisi/kontrak*		**Life assured/Person covered** / *Orang yang diinsuranskan/ dilindungi*	
	Yes / *No*	**No** / *Tidak*	**Yes** / *No*	**No** / *Tidak*
1. **Please provide your height and weight** / *Sila berikan ketinggian dan berat anda*	**Height** / *Tinggi* ____ **cm** **Weight** / *Berat* ____ **kg**		**Height** / *Tinggi* ____ **cm** **Weight** / *Berat* ____ **kg**	
2. **Do you smoke cigarettes or e-cigarettes in the last 12 months? If yes, how many cigarettes per day or have you ever been advised to stop smoking by a medical doctor? If yes, please provide full details.** / *Adakah anda merokok dalam tempoh 12 bulan lepas? Jika ya, berapa batang rokok sehari atau pernahkah anda dinasihatkan oleh doktor perubatan supaya berhenti merokok? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.* __________ __________	☐	☐	☐	☐
3. **Have you ever been diagnosed of or are currently suffering from any illness/disorder/ health problems relating to conditions in note (1)? If yes, please provide full details.** / *Pernahkah anda didiagnosis atau sedang mengalami sebarang penyakit/gangguan/masalah kesihatan yang berkaitan dengan keadaan di nota (1)? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.* ***Note 1** / *Nota 1* **Heart disease, stroke, high blood pressure, chest pain, cancer, cyst/growth/tumour of any kind, diabetes, disorder of eyes/ears/nose/mouth/throat, thyroid disorders, asthma or other respiratory/lung disorders, urinary or kidney problems, hepatitis or liver diseases, blood disorders, mental or nervous disorders, epilepsy, spine/back pain, stomach/ intestinal disorders, arthritis/gout/joints problems, organ transplant, dementia, systemic lupus erythematosus (SLE), sexually transmitted diseases, genital or reproductive organ disorders, congenital abnormality, any physical defects or deformities, hereditary disease, terminal illness, drugs or alcohol abuse, any other illness or injury or signs and symptoms of any illness.** / *Penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, sakit dada, kanser, sebarang jenis sista/ketumbuhan/tumor, penyakit kencing manis, gangguan mata/telinga/hidung/ mulut/tekak, gangguan tiroid, asma atau lain-lain gangguan pernafasan/paru-paru, masalah pundi dan saluran kencing atau buah pinggang, hepatitis atau penyakit hati, gangguan darah, gangguan mental atau saraf, sawan, sakit sendi/tulang belakang, gangguan perut/usus, masalah artritis/gout/sendi, pemindahan organ, hilang ingatan, lupus eritematosus sistemik (SLE), penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks, gangguan kemaluan atau organ pembiakan, keabnormalan kongenital, sebarang kecacatan fizikal atau ketidakupayaan, penyakit keturunan, penyakit serius tahap terakhir, penyalahgunaan dadah atau alkohol, sebarang penyakit atau kecederaan yang lain atau tanda-tanda dan gejala-gejala bagi sebarang penyakit.* __________ __________	☐	☐	☐	☐

Policy/Contract number / *Nombor polisi/kontrak:*

Please tick (✓) "Yes" or "No". If you have answered YES to any of the questions below, please provide full details (including medical conditions, date of diagnosis and duration, treatment prescribed, nature of test done with the dates, name and address of doctor, result, if any) at the answer column provided below or in a separate sheet. / *Sila tanda (✓) "Ya" atau "Tidak". Sekiranya anda menjawab YA untuk mana-mana soalan di bawah, sila nyatakan butirannya (termasuk keadaan perubatan, tarikh diagnosis dan tempoh, rawatan yang ditetapkan, jenis ujian yang dilakukan dengan tarikh, nama dan alamat doktor, keputusan, sekiranya ada) di kotak jawapan yang disediakan di bawah atau di dalam helaian lain.*	**Policy/Contract owner/holder /** *Pemilik/Pemegang polisi/kontrak*		**Life assured/Person covered /** *Orang yang diinsuranskan/ dilindungi*	
	Yes / *No*	**No /** *Tidak*	**Yes /** *No*	**No /** *Tidak*
4. In the past 5 years, have you ever had or are you currently receiving or intending to seek medical, surgical advice, treatment or investigations relating to conditions in note (2)? If yes, please provide full details. / *Dalam tempoh 5 tahun lepas, pernahkah anda menerima atau sedang menerima atau akan menerima perubatan, nasihat pembedahan, rawatan atau pemeriksaan yang berkaitan dengan keadaan di nota (2)? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.* *__Note 2 /__ *Nota 2* **Illness, injury, accident, operation, medical check-up, medical advice, hospital treatment or diagnostic test eg. blood or urine test, X-ray, Electrocardiogram (ECG), Echocardiogram, Mammogram, CT scan, biopsy or any other test. /** *Penyakit, kecederaan, kemalangan, pembedahan, pemeriksaan perubatan, nasihat perubatan, rawatan hospital atau ujian diagnostik seperti ujian darah atau air kencing, X-ray, Elektrokardiogram (ECG), Ekokardiogram, Mamogram, imbasan CT, biopsi atau apa-apa ujian lain.*	☐	☐	☐	☐
5. Have you ever engaged in or intend to engage in flying (other than as a fare paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, motor-racing, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving or any other hazardous sports, occupations or pursuit? If yes, please provide full details. / *Pernahkah anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam penerbangan (selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam penerbangan yang berjadual), selam skuba, lumba kereta, pendakian gunung/batuan, aktiviti payung terjun bebas, terjun udara atau sebarang sukan, pekerjaan atau aktiviti-aktiviti yang berbahaya? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.* __________ __________ __________	☐	☐	☐	☐

Details for question 4:

Reasons for medical consultations / *Sebab untuk konsultasi perubatan*	**Type of investigations & treatments /** *Jenis pemeriksaan & rawatan*	**Date & results of investigations/ consultations/ treatment/ hospitalisations /** *Tarikh & keputusan pemeriksaan/ konsultasi/rawatan/ kemasukan ke hospital*	**Full name & address of doctors/ clinic/hospitals consulted /** *Nama penuh & alamat doktor/klinik/hospital*

6. **Has any application, renewal or reinstatement of life, accident, critical illness or health takaful or insurance on your life been declined, deferred or accepted at special rates or terms or have you made a claim for disability, accident, medical, critical illness insurance/takaful and/or social welfare benefit? If yes, please provide full details. /** *Adakah terdapat sebarang permohonan, pembaharuan atau pengembalian semula takaful atau insurans hayat, kemalangan, penyakit kritikal atau kesihatan ke atas hayat anda yang ditolak, ditangguhkan atau diterima pada kadar yang istimewa atau dengan syarat-syarat tertentu atau pernahkah anda membuat tuntutan insurans/takaful untuk hilang upaya, kemalangan, perubatan, penyakit kritikal dan/atau manfaat kebajikan sosial? Jika ya, sila nyatakan butirannya.*

Name of insurer/ takaful operator / *Nama penanggung insurans/ pengendali takaful*	**Proposal/ policy/ application/ contract no. /** *Nombor cadangan/ polisi/ permohonan/ kontrak*	**Issued date /** *Tarikh dikeluarkan*	**Sum assured/ covered & type of coverage /** *Jumlah yang diinsuranskan/ dilindungi & jenis perlindungan*	**Medical conditions /** *Keadaan kesihatan*	**Date & details of claims made /** *Tarikh & butiran tuntutan yang dibuat*

☐ ☐ ☐ ☐

7. **Do you drink beer, wine or spirits? If yes, please state frequency and quantity or have you been advised to stop drinking by a medical doctor or have you ever been treated for alcoholism? /** *Adakah anda minum bir, wain atau minuman beralkohol? Jika ya, sila nyatakan kekerapan dan kuantiti atau pernahkah anda dinasihatkan supaya berhenti minum oleh doktor atau dirawat akibat ketagihan alkohol?*

____

____

☐ ☐ ☐ ☐

8. **Have you or your spouse/partner been advised or received any treatment or having any signs and symptoms related to HIV infections/AIDS? If yes, please provide full details. /** *Pernahkah anda atau pasangan anda dinasihatkan atau menerima sebarang rawatan atau mempunyai sebarang tanda-tanda dan gejala-gejala berhubung dengan jangkitan HIV/ AIDS? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.*

____

____

☐ ☐ ☐ ☐

9. **Have two (2) or more of your immediate family members (natural parents or siblings) been diagnosed before age 55 with diabetes, heart attack, stroke, cancer, multiple sclerosis, polycystic kidney disease, motor neuron disease, Huntington's disease, muscular dystrophy or any other hereditary illnesses not mentioned here? If yes, please provide full details. /** *Adakah anda mempunyai dua atau lebih ahli keluarga terdekat (ibu bapa atau adik beradik kandung) yang didiagnosis dengan penyakit kencing manis, sakit jantung, strok, kanser, sklerosis berbilang, penyakit buah pinggang polisistik, penyakit neuron motor, penyakit Huntington, distrofi otot atau sebarang penyakit keturunan lain yang tidak disebut di sini sebelum berumur 55 tahun? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.*

____

____

☐ ☐ ☐ ☐

Policy/Contract number / *Nombor polisi/kontrak:*

10. Have you resided in any country other than Malaysia for more than 3 consecutive months? If yes, please provide full details. / *Pernahkah anda tinggal di mana-mana negara selain daripada Malaysia untuk tempoh lebih daripada 3 bulan berturut-turut? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.* ______________________ ______________________	☐	☐	☐	☐
11. FOR FEMALE ONLY / *UNTUK WANITA SAHAJA* i) **Are you pregnant? If yes, how many months?** / *Adakah anda sedang hamil? Jika ya, berapa bulan?* ☐ **months** / *bulan*	☐	☐	☐	☐
ii) **Have you suffered or been treated/investigated or received medical advice or intend to consult doctor for any disorder of the breast, female reproductive organ, still birth, complication at birth, abnormal Pap smear or menstrual disorder? If yes, please provide full details.** / *Pernahkah anda mengalami atau dirawat/diperiksa atau menerima nasihat perubatan atau bercadang untuk berjumpa doktor mengenai apa-apa gangguan pada payudara, organ pembiakan wanita, keadaan melahirkan bayi yang mati dalam kandungan, komplikasi sewaktu melahirkan anak, PAP Smear yang abnormal atau gangguan haid? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.* ______________________ ______________________	☐	☐	☐	☐
12. FOR CHILD ONLY / *UNTUK KANAK-KANAK SAHAJA* i) **Has the child been diagnosed to have any congenital disorder?** / *Adakah kanak-kanak ini didiagnosis mengalami masalah kongenital?*	☐	☐	☐	☐
ii) **For child application below 2 years old or was born less than 37 gestational weeks or with birth weight less than 2.5 kg** / *Untuk permohonan kanak-kanak di bawah umur 2 tahun atau dilahirkan kurang daripada 37 minggu kandungan atau dengan berat lahir kurang daripada 2.5 kg* **Weight at birth** / *Berat ketika lahir* ☐ **kg** **Pregnancy/Gestation weeks** / *Tempoh kehamilan/bunting dalam minggu* ☐ **weeks** / *minggu*	☐	☐	☐	☐

SECTION C: DECLARATION AND AUTHORISATION / *SEKSYEN C: PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA*

1. **I/We hereby declare that I/we have read the questionnaires or the same was interpreted to me/us and the answers entered in the application are mine/ours and I/we hereby certify on behalf of myself/ourselves and of any person who has or claims any interest in the said policy/contract that each of the answers is complete and true and I agree that they shall be taken as the basis of the proposed revival or other changes/addition. I/We further agree that such revival or other changes/addition shall not be considered as effected until this application is approved by an authorised officer of Company/Takaful Operator. I/We further agree that if my/our application for revival or other changes/addition is accepted by the company/operator, the Incontestability and Suicide Provisions of my/our policy/contract shall be deemed and held to be so modified as to have effect from the approval date of such revival or other changes/addition.** / *Dengan ini saya/kami mengisytiharkan bahawa saya/kami telah membaca soal selidik ini atau yang sama telah diterjemahkan kepada saya/kami dan jawapan-jawapan yang diberikan adalah kepunyaan saya/kami dan dengan ini bagi pihak diri saya dan sesiapa juga yang mungkin mempunyai atau menuntut mana-mana kepentingan dalam polisi/kontrak tersebut, saya/kami bersetuju bahawa setiap jawapan adalah lengkap dan betul dan saya/kami bersetuju bahawa jawapan-jawapan ini akan dijadikan asas bagi cadangan pengembalian semula atau perubahan/tambahan lain-lain. Selanjutnya saya/kami bersetuju bahawa pengembalian semula tidak akan berkuatkuasa sehingga permohonan untuk pengembalian ini diluluskan oleh pegawai berkuasa Syarikat/Pengendali Takaful. Selanjutnya saya/kami bersetuju bahawa jika permohonan saya/kami untuk pengembalian semula atau perubahan/tambahan lain-lain diterima oleh Syarikat/Pengendali Takaful, Syarat Tidak Boleh Tanding dan Syarat Bunuh Diri dalam polisi/kontrak saya/kami hendaklah dianggap diubah berkuatkuasa dari tarikh kelulusan pengembalian semula atau perubahan/tambahan lain-lain tersebut.*

2. **I/we aware that it is my/our pre-contractual duty of disclosure that I/we must exercise reasonable care not to misrepresent i.e; to give false answers/information when answering any questions asked by Company/Takaful Operator and that I/we am/are to answer the questions fully and accurately.** / *Saya/kami menyedari bahawa ia adalah tanggungjawab pendedahan pra kontrak saya/kami di mana saya/kami perlu mengambil penjagaan munasabah untuk tidak melakukan salah nyataan iaitu memberi jawapan/maklumat palsu apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh Syarikat/Pengendali Takaful dan bahawa saya/kami seharusnya menjawab soalan dengan lengkap dan benar.*

Policy/Contract number / *Nombor polisi/kontrak:*

3. **I/We have read and understood the contents of this form including all warnings and notices therein and I/we have fully and accurately answered all of the questions in this form and other questions asked by Company/Takaful Operator, if any, after having fully read and understood the questions. /** *Saya/Kami telah membaca dan memahami kandungan borang ini termasuk semua amaran dan notis yang terkandung di dalamnya dan saya/kami telah menjawab dengan lengkap dan benar semua soalan di dalam borang cadangan dan soalan lain yang dikemukakan oleh Syarikat/Pengendali Takaful, jika ada, selepas membaca dan memahami sepenuhnya soalan tersebut.*

4. **I/We am/are aware that I/we must inform Company/Takaful Operator of any change to the answers given in this form if the change occurred after I/we have submitted this form but before the policy/contract is reinstated. /** *Saya/Kami menyedari bahawa saya/kami perlu memaklumkan Syarikat/Pengendali Takaful mengenai sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan dalam borang ini jika perubahan berlaku selepas saya/kami menyerahkan borang ini tetapi sebelum polisi/ kontrak dikembalikan semula.*

5. **I/We am/are aware that if any answers, statements or information given by me/us is not accurate, the policy/ contract may be deemed void, my/our claim denied or reduced, the terms of the policy/contract changed or varied, or the policy/contract terminated. /** *Saya/Kami menyedari bahawa jika mana-mana jawapan, kenyataan atau maklumat yang saya/kami berikan adalah tidak benar, polisi/ kontrak boleh terbatal, tuntutan saya/kami ditolak atau dikurangkan, terma-terma polisi/ kontrak ditukar atau diubah, atau polisi/ kontrak ditamatkan.*

6. **I/We authorise any physician, hospital, clinic, insurer/takaful operator or other organisation, institution or person, that has any record or knowledge of my/our health, to disclose to Company/Takaful Operator or its representatives all information about me/us with reference to my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photocopy of this authorisation shall be as valid as the original. Furthermore, Company/Takaful Operator shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purposes of this application or further application for insurance/ takaful with Company/Takaful Operator except to such an extent that disclosure is required by the Government Authority or by Law, and further provided that Company/Takaful Operator shall use all care in carrying out any such test, but shall not be liable for any unforeseen occurrence, act or omission, unless Company/Takaful Operator has been negligent. /** *Saya/Kami membenarkan sebarang pakar perubatan, hospital, klinik, penanggung insurans/pengendali takaful atau organisasi yang lain, institusi atau individu, yang mempunyai sebarang rekod atau maklumat yang berkaitan dengan kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada Syarikat/Pengendali Takaful atau wakil-wakilnya dan segala maklumat yang merujuk kepada kesihatan saya/kami serta latar belakang perubatan dan sebarang rekod kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan, jangkitan atau penyakit. Salinan fotokopi kebenaran ini adalah sah seperti salinan asal. Selain itu, Syarikat/Pengendali Takaful hendaklah, pada setiap masa, menyimpan semua keputusan ujian yang berkenaan secara sulit dan penggunaanya hanya untuk tujuan permohonan ini atau permohonan untuk insurans/takaful yang seterusnya dengan Syarikat/Pengendali Takaful kecuali sehingga tahap di mana pendedahan adalah diperlukan oleh Pihak Berkuasa Kerajaan atau oleh Undang-undang, dan seterusnya dengan syarat Syarikat/Pengendali Takaful akan berjaga-jaga dalam menjalankan apa-apa ujian tersebut, tetapi tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kejadian yang tidak dijangka, tindakan atau pengabaian, kecuali atas kecuaian Syarikat/Pengendali Takaful.*

7. **I/We understand and agree that any of my/our personal information collected or held by Company/Takaful Operator (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by Company/Takaful Operator to individuals or organisations related to or associated with Company/Takaful Operator or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance/retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and to communicate with me/us for such purposes. I understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by Company/ Takaful Operator and that such request can be made to Company/Takaful Operator's Client Careline at 1300-88-5055. I/We will keep Company/Takaful Operator updated of any change to such personal information as soon as possible. /** *Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Syarikat/Pengendali Takaful (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh disimpan, digunakan dan didedahkan oleh Syarikat/Pengendali kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan Syarikat/Pengendali Takaful atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk syarikat-syarikat insurans/takaful semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk tujuan pemprosesan permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk ini serta berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut. Saya memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh Syarikat/Pengendali Takaful dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada talian Khidmat Pelanggan Careline Syarikat/Pengendali Takaful di 1300-88-5055. Saya/Kami akan memaklumkan Syarikat/Pengendali Takaful mengenai sebarang perubahan kepada maklumat peribadi secepat mungkin.*

8. **I/We hereby declare that the information given is true and accurate to the best of my knowledge and record. I/We shall indemnify Company/Takaful Operator for any loss arising from the reliance on the above information. /** *Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa maklumat yang diberikan adalah benar dan tepat sepanjang pengetahuan dan rekod saya/kami. Saya/Kami akan menanggung rugi Syarikat/ Pengendali Takaful bagi apa-apa kerugian yang timbul daripada pergantungan pada maklumat di atas.*

9. **For the purpose of Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) and Common Reporting Standard (CRS), please tick either one of the following statements. /** *Untuk tujuan "Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)" dan "Common Reporting Standard (CRS)", sila tandakan salah satu pernyataan di bawah.*

Declaration / *Pengisytiharan*	**Policy/Contract owner /** *Pemilik polisi/kontrak*
I declare that I am a U.S. citizen, a holder of a U.S. Permanent Resident Card, and/or a tax resident in any country other than Malaysia. I understand that I am required to submit the "Self-Certification U.S. FATCA and OECD CRS" form to the Company/Takaful Operator which may download from the Company website at https://www.sunlifemalaysia.com. / *Saya mengaku bahawa saya ialah warganegara Amerika Syarikat, pemegang Kad Penduduk Tetap Amerika Syarikat, dan/atau pemastautin layak dicukai di mana-mana negara selain Malaysia. Saya memahami bahawa saya perlu mengemukakan borang "Self-Certification U.S. FATCA and OECD CRS" kepada Syarikat/Pengendali Takaful yang mana boleh dimuat turun di laman web Syarikat di https://www.sunlifemalaysia.com.*	☐
I declare that I am not a U.S. citizen, a holder of a U.S. Permanent Resident Card, or a tax resident in any country other than Malaysia. / *Saya mengaku bahawa saya bukan warganegara Amerika Syarikat, pemegang Kad Penduduk Tetap Amerika Syarikat, dan/atau pemastautin layak dicukai di mana-mana negara selain Malaysia.*	☐

Policy/Contract number / *Nombor polisi/kontrak:*

I understand that I am also required to submit the "Self-Certification U.S. FATCA and OECD CRS" form to the Company/Takaful Operator if: / *Saya memahami bahawa saya juga perlu mengemukakan borang "Self-Certification U.S. FATCA and OECD CRS" kepada Syarikat/Pengendali Takaful jika:*

(i) **there is any change to the declaration above; or /** *pengakuan di atas telah berubah; atau*
(ii) **I have provided any U.S. related information to the Company/Takaful Operator. /** *Saya telah memberikan sebarang maklumat yang berkaitan dengan Amerika Syarikat kepada Syarikat/Pengendali Takaful.*

I understand that the Company/Takaful Operator reserves the right to take the necessary actions which may include submitting the necessary reports, suspending this policy/contract, withholding the necessary monies to be remitted, terminating this policy/contract and returning the cash value (if any) less any indebtedness without interest if in the event that I have U.S. Indicia and fail after request to provide such information, consent and/or assistance relating to me or my beneficiaries for the policy/contract. / *Saya memahami bahawa Syarikat/Pengendali Takaful berhak untuk mengambil tindakan yang sepatutnya termasuk menyerahkan laporan yang sepatutnya, menggantung polisi/ kontrak ini, menahan wang yang perlu dikirimkan, menamatkan polisi/ kontrak ini dan memulangkan nilai tunai (jika ada) tolak sebarang keterhutangan tanpa faedah sekiranya saya mempunyai Indicia Amerika Syarikat dan telah dipinta gagal untuk memberikan maklumat,kebenaran dan/atau bantuan berkenaan dengan saya atau waris atas polisi/kontrak ini.*

Note: The Company/Takaful Operator is not able to process the application without your declaration on the above. / *Nota: Sila ambil perhatian bahawa Syarikat/Pengendali Takaful tidak boleh memproses permohonan ini tanpa pengisytiharan anda.*

In WITNESS WHEREOF, I, the policy/contract owner/holder/assignee have hereto set my hands on: / *Sebagai menyaksikan perkara-perkara di atas, saya, pemegang/pemilik polisi/kontrak/pemegang serah hak dengan ini menurunkan tandatangan saya seperti di bawah:*

Signature of policy/contract owner /
Tandatangan pemilik polisi/kontrak

Full name / *Nama penuh*

NRIC number (new)/Other identification number /
Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain

Date / *Tarikh*

Signature of life assured
Tandatangan orang yang diinsuranskan/dilindungi

Full name / *Nama penuh*

NRIC number (new)/Other identification number /
Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain

Date / *Tarikh*

Signature of witness /
Tandatangan saksi

Full name / *Nama penuh*

NRIC number (new)/Other identification number /
Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain

Date / *Tarikh*