

INDIVIDUAL TERM TAKAFUL PROPOSAL FORM | *BORANG CADANGAN*

Policy No. /
No. Polisi:

IMPORTANT NOTICE

Pursuant to Section 152 of the Labuan Islamic Financial Services and Securities Act 2010, you are to take reasonable care not to make a misrepresentation when answering any questions in the proposal form or in any request made by the Company before the certificate is issued, varied or renewed/reinstated. In addition, you are also required to take reasonable care to disclose to the Company any matter that you know to be relevant to the decision of the Company on whether to accept this life Takaful proposal or not and the rates and terms to be applied and this duty to exercise utmost good faith is extended to all your dealings with the Company after the certificate has been issued varied or renewed/reinstated, including the making of a claim.

NOTIS PENTING

Menurut Seksyen 152 Akta Perkhidmatan Kewangan dan Sekuriti Islam Labuan 2010, anda dikehendaki menyatakan dengan jujur dan lengkap di dalam borang cadangan ini atau di dalam mana-mana permintaan yang dibuat oleh Syarikat sebelum sijil dikeluarkan, diperbaharui/dikuatkuasa semula. Dalam pada itu, anda juga dikehendaki mendedahkan segala maklumat yang anda tahu berkenaan keputusan Syarikat samada untuk menerima cadangan Takaful hayat ini atau tidak dan menuruti segala kadar serta syarat-syarat yang ditetapkan dalam segala urusan dengan Syarikat selepas sijil dikeluarkan, diperbaharui/dikuatkuasa semula termasuk untuk membuat tuntutan.

PARTICULARS OF CERTIFICATEHOLDER / BUTIR-BUTIR PEMEGANG SIJIL

Name (As In NRIC/Passport) / Nama (Seperti Dalam Kad Pengenalan/Pasport):		Nationality / Warganegara:	
NRIC No. / No. Kad Pengenalan:		Passport No. / No. Pasport:	
New / Baru		Old / Lama	
Address / Alamat:			Postcode / Poskod:
House Telephone No. / No. Telefon Rumah:		Mobile Phone / Telefon Bimbit:	
Email / Emel:			
Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Tarikh Lahir (hh/bb/tttt):		Gender / Jantina:	
		<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	
Race / Bangsa:		Height / Ketinggian:	Weight / Berat:
<input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain		cm	kg
Marital Status / Taraf Perkahwinan:			
<input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Kahwin <input type="checkbox"/> Divorced / Berceraai <input type="checkbox"/> Widow / Balu <input type="checkbox"/> Widower / Duda			
Occupation / Pekerjaan:		Company Name / Nama Syarikat:	

PARTICULARS OF PERSON COVERED / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DILINDUNGI

Name (As In NRIC/Passport) / Nama (Seperti Dalam Kad Pengenalan/Pasport):		Nationality / Warganegara:	
NRIC No. / No. Kad Pengenalan: New / Baru Old / Lama		Passport No. / No. Pasport:	
Address / Alamat:			Postcode / Poskod:
House Telephone No. / No. Telefon Rumah:		Mobile Phone / Telefon Bimbit:	
Email / Emel:			
Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Tarikh Lahir (hh/bb/tttt):		Gender / Jantina: <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	
Race / Bangsa: <input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain		Height / Ketinggian: cm	Weight / Berat: kg
Marital Status / Taraf Perkahwinan: <input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Kahwin <input type="checkbox"/> Divorced / Berceraai <input type="checkbox"/> Widow / Balu <input type="checkbox"/> Widower / Duda			
Occupation / Pekerjaan:		Company Name / Nama Syarikat:	
Please specify nature of work with details (e.g. non-manual, administrative, office workers, supervisory, outdoor, site details, semi-manual, manual, usage and type of tools or machinery) including precise explanation of job scope and industry / Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan butiran (cth. bukan manual, pentadbiran, pekerja pejabat, penyeliaan, luar pejabat, butiran tapak, separa manual, manual, penggunaan dan jenis alat atau mesin) termasuk penjelasan yang tepat mengenai skop pekerjaan dan industri:			
Relationship to Certificateholder / Perhubungan dengan Orang Yang Dilindungi: <input type="checkbox"/> Self / Sendiri <input type="checkbox"/> Husband / Suami <input type="checkbox"/> Wife / Isteri <input type="checkbox"/> Child / Anak			

SUM COVERED / JUMLAH DILINDUNGI Please (✓) / Sila (✓)

<input type="checkbox"/> Fiddotun Plan, SGD17,500 Pelan Fiddotun, SGD17,500	<input type="checkbox"/> Zahabun Plan, SGD35,000 Pelan Zahabun, SGD35,000	<input type="checkbox"/> Blatinun Plan, SGD70,000 Pelan Blatinun, SGD70,000	<input type="checkbox"/> Almasun Plan, SGD105,000 Pelan Almasun, SGD105,000
--	--	--	--

DETAILS OF CONTRIBUTION / BUTIR-BUTIR CARUMAN

Contribution Payment Frequency / Kekerapan Bayaran Caruman: Yearly / Tahunan Monthly / Bulanan

Contribution paid on a monthly contribution may be higher than annual contribution / Pembayaran caruman secara bulanan mungkin lebih daripada caruman tahunan.

HEALTH INFORMATION OF PERSON COVERED / INFORMASI KESIHATAN ORANG YANG DILINDUNGI
If your answer is 'Yes', please provide details / Sekiranya jawapan anda 'Ya', sila nyatakan dengan terperinci

Please (✓) / Sila (✓)	Yes / Ya	No / Tidak
<p>1. Has any of your application or reinstatement for life or medical Takaful ever been Declined / Rated / Modified / Postponed? <i>Adakah sebarang permohonan atau penyertaan semula Takaful perubatan atau hayat anda pernah Ditolak / Dikadarkan / Diubahsuai / Ditunda?</i> If 'yes', please state details / Jika 'ya', sila nyatakan dengan terperinci.</p>		
<p>2. Have you ever had, or been told you have or been treated for respiratory disease, high blood pressure, chest pain, heart disease, blood/blood vessel disease, ulcer or bowel disease, liver/gall bladder disease, renal stones or any disorder of the genito-urinary system, epilepsy, mental/nervous disorder, diabetes, cancer, AIDS, tumour or any other disease/disorder/severe injury not mentioned above? <i>Adakah anda pernah menghidapi atau anda telah diberitahu atau telah menerima rawatan bagi penyakit rawatan pernafasan, tekanan darah tinggi, sakit dada, sakit jantung, penyakit darah/saluran darah, penyakit usus atau ulser, penyakit hati/hempedu, batu karang atau sebarang gangguan system genitor-urinari, sawan, gangguan mental/saraf, kencing manis, kanser, AIDS, tumor atau sebarang panyakit/gangguan/kecederaan yang teruk lain yang tidak dinyatakan diatas?</i> If 'yes', please state details / Jika 'ya', sila nyatakan dengan terperinci.</p>		
<p>3. Has any member of your family member (natural parents, natural siblings, natural children) ever suffered from or died of cancer, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, mental/nervous disorder, hereditary or congenital disease or any AIDS related condition? <i>Adakah ahli keluarga (ibubapa kandung, atau adik-beradik kandung, anak kandung) anda menghidap atau meninggal dunia akibat kanser, kencing manis, darah tinggi, angin ahmar, penyakit buah pinggang, penyakit jantung, gangguan mental/saraf atau apa-apa jenis penyakit sejak lahir atau sebarang keadaan yang berkaitan dengan AIDS?</i> If yes, give details below / Jika ya, sila beri keterangan lengkap:-</p>		
<p>4. In the past 5 years, have you had any diagnostic test (such as X-ray, electrocardiogram or blood study) done due to medical reasons and/or any serious illness, operation, medical advice or hospital treatment not mentioned above? <i>Dalam tempoh 5 tahun lepas, pernahkah anda menjalani sebarang ujian diagnostic (seperti sinaran-X, elektrokardiogram atau ujian darah) dilakukan atas sebab-sebab perubatan dan/atau sebarang penyakit yang serius, pembedahan, khidmat nasihat perubatan atau rawatan hospital yang tidak dinyatakan diatas?</i> If 'yes', please state details / Jika 'ya', sila nyatakan dengan terperinci.</p>		
<p>5. Have you ever smoked or use any tobacco / nicotine product (eg. Cigarettes, electronic cigarettes, cigar or pipes) in the last 12 months? <i>Pernahkah anda merokok atau menggunakan produk tembakau / nikotin (eg. Rokok, rokok elektronik, cerut atau paip) dalam tempoh 12 bulan yang lepas?</i> If 'yes', please state the quantity or number of cigarettes / cigar per day or milligrams of nicotine consumed using the electronic cigarettes per day or grams of pipe tobacco per day / Jika 'ya', sila nyatakan kuantiti atau berapa batang rokok / curut sehari atau miligram nikotin yang digunakan melalui penggunaan rokok elektronik sehari atau gram tembakau paip sehari.</p>		
<p>6. Do you consume any alcohol or ever taken or taking any drugs / narcotics, other than those validly prescribed by doctors or have been treated for alcohol or drug addiction? <i>Adakah anda meminum sebarang minuman beralkohol atau pernah mengambil atau pada masa sekarang ini mengambil sebarang dadah atau narkotik selain dari yang ditetapkan oleh doktor atau pernah dirawat untuk ketagihan alkohol atau dadah?</i> If 'yes', please state the type of alcohol or drugs and the daily average consumption / Jika 'ya', sila nyatakan jenis alkohol atau dadah dan purata pengambilan sehari.</p>		
<p>7. Is there any other fact, circumstances or information regarding your health which was not specifically mentioned above? <i>Adakah terdapat fakta-fakta, keadaan atau maklumat berkenaan dengan kesihatan anda yang lain yang tidak dinyatakan diatas?</i> If 'yes', please state details / Jika 'ya', sila nyatakan dengan terperinci.</p>		
<p>8. Female only / Untuk wanita sahaja (a) Are you now pregnant? (if 'yes', how many months) <i>Adakah anda sedang hamil? (Jika 'ya', berapa bulan)</i> (b) Have you ever had any disorder of the breast or female organs, or complication at birth? <i>Pernahkah anda mengalami sebarang komplikasi semasa bersalin atau penyakit payudara atau organ wanita?</i> If 'yes', please state details / Jika 'ya', sila nyatakan dengan terperinci.</p>		

NOMINATION FORM | BORANG PENAMAAN

Please read the following carefully before you appoint your nominee(s). Nomination applies only to a certificate effected by you on your own life. If you are not the Person Covered, nomination does not apply.

Important Notice:

- You may change the nominee(s) appointed in this application by notifying Archipelago Life Insurance Limited in writing and which must be received before your death. However, nomination(s) under Hibah is not revocable unless with the written consent of the formerly appointed beneficiary(ies).
- If there are no nominee(s) appointed, the executor of your estate will advise Archipelago Life Insurance Limited of the natural person(s) entitled to receive the proceeds, failing which the proceeds may be payable to your estate subject to the requirements of the regulatory authority and/or legislation.
- Archipelago Life Insurance Limited shall be discharged from all liabilities once the claim benefits have been made payable to the nominee(s) / beneficiary(ies) under the said certificate.

Pursuant to the Labuan Islamic Financial Services and Securities Act 2010:

Section 94 (4) (a) - A certificateholder has to assign the certificate benefits to his nominee if his intention is for his nominee, other than his spouse, child or parent, to receive the certificate benefits beneficially and not as an executor.

Section 97 - It states that a nomination by a certificateholder, other than a Muslim certificateholder, shall create a trust in favour of the nominee of the certificate monies payable upon the death of the certificateholder IF the nominee is a spouse or child of the certificateholder, or where there is no spouse or child living at the time of nomination, the nominee is the parent. A payment under this section shall NOT form part of the estate of the deceased certificateholder or be subject to his / her debts; OR

Section 98 - It states that a nominee, other than a nominee under Section 97, shall receive the certificate monies payable on the death of the policy owner as an executor and not solely as a beneficiary and any payment to the nominee shall form part of the estate of the deceased certificateholder and be subject to his debts. This section also applies to a nominee of a Muslim certificateholder who, on receipt of the certificate monies, shall distribute the certificate monies in accordance with the Shariah Principles.

Any witness to the nomination must be above 18 years of age and cannot be a nominee.

I, the Certificateholder of the abovementioned Proposal for Takaful, hereby appoint the following person(s) as Nominee(s) and / or Beneficiary(ies) to receive all certificate monies payable only upon my death. I further declare that I shall deal with the certificate on the terms specified above.

Sila baca terlebih dahulu dengan teliti sebelum tuan/puan melantik penama. Penamaan ini hanya boleh digunapakai ke atas sijil yang anda sertai atas nyawa anda sendiri. Jika anda bukan Orang Yang Dilindungi, penamaan ini tidak akan dilaksanakan.

Notis penting:

- Anda boleh menukar penama-penama yang dilantik dalam permohonan ini dengan memaklumkan Archipelago Life Insurance Limited secara bertulis dan yang mesti diterima sebelum kematian anda. Walau bagaimanapun, pencalonan di bawah Hibah tidak boleh dibatalkan melainkan dengan persetujuan bertulis daripada benefisiari yang dilantik sebelumnya.
- Sekiranya tiada penama-penama yang dicalonkan, pentadbir harta anda akan menasihati Archipelago Life Insurance Limited pihak yang berhak menerima hasil, jika tidak hasil itu akan dibayar kepada pentadbir harta anda tertakluk kepada syarat-syarat pihak berkuasa kawal selia dan/atau perundangan.
- Archipelago Life Insurance Limited akan dilepaskan dari semua liabiliti setelah faedah tuntutan telah dibayar kepada penama-penama / benefisiari di bawah sijil tersebut.

Menurut Akta Perkhidmatan Kewangan dan Sekuriti Islam Labuan 2010:

Seksyen 94 (4) (a) - Pemegang sijil perlu menyerahkan manfaat sijil kepada penama jika niatnya adalah untuk penama, selain pasangannya, anak atau ibu bapa, untuk menerima manfaat sijil secara benefisial dan bukan sebagai pelaksana.

Seksyen 97 - ia menyatakan bahawa penamaan dengan pemegang sijil, selain daripada pemegang sijil Islam, hendaklah mewujudkan Amanah atas nama penama wang sijil perlu dibayar atas kematian pemegang sijil JIKA penama adalah suami/isteri atau anak pemegang sijil, atau di mana terdapat pasangan atau anakyang hidup semasa penamaan dibuat, penama adalah ibu bapa. Bayaran di bawah Seksyen ini hendaklah menjadi sebahagian daripada harta pusaka pemegang sijil yang meninggal dunia atau tertakluk kepada hutang beliau; ATAU

Seksyen 98 - ia menyatakan bahawa seorang penama selain penama di bawah Seksyen 97, hendaklah menerima wang sijil perlu dibayar atas kematian pemegang sijil sebagai wasi dan bukan semata-mata sebagai benefisiari dan apa-apa bayaran kepada penama itu hendaklah menjadi sebahagian daripada harta pusaka pemegang sijil yang meninggal dunia dan tertakluk kepada hutangnya. Seksyen ini juga terpakai kepada nomini pemegang sijil beragama Islam yang, apabila menerima wang sijil, hendaklah mengagihkan wang sijil mengikut Prinsip-prinsip Syariah.

Saksi ke atas penamaan mestilah berumur 18 tahun ke atas dan bukanlah penama.

Saya, Pemegang Sijil untuk Cadangan untuk Takaful di atas, dengan ini melantik nama-nama seperti berikut sebagai penama-penama dan / atau benefisiari ke atas sijil ini untuk menerima semua wang sijil hanya selepas kematian saya. Saya mengisytiharkan bahawa saya akan berurusan berkenaan sijil ini dengan mematuhi syarat-syarat yang tercatat diatas.

Name and Address of Nominee(s) <i>Nama dan Alamat Penama-penama</i>	NRIC/BC/Passport No. <i>No. KP/SK/Pasport</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	Relationship <i>Hubungan</i>	% of Share <i>% Bahagian</i>

****Note**

1. You may also assign the takaful benefits to a person or designate the following Nominee(s) to receive the takaful benefits as a Beneficiary(ies) under Hibah.
2. Total overall combined share must be 100%.
3. Nomination(s) under Hibah is not revocable unless with the written consent of the formerly appointed Beneficiary(ies) and shall only take effect after the death of Person Covered.

****Nota**

1. Anda juga boleh menyerahkan faedah takaful kepada seseorang atau menetapkan Penama-penama berikut untuk menerima faedah takaful sebagai Benefisiari di bawah Hibah.
2. Jumlah keseluruhan gabungan bahagian mestilah 100%.
3. Pencalonan di bawah Hibah tidak boleh dibatalkan melainkan dengan persetujuan bertulis daripada benefisiari yang dilantik sebelumnya dan hanya akan berkesan setelah kematian Orang yang Dilindungi.

Name and Address of Beneficiary(ies) <i>Nama dan Alamat Benefisiari</i>	NRIC/BC/Passport No. <i>No. KP/SK/Pasport</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	Relationship <i>Hubungan</i>	% of Share <i>% Bahagian</i>

Signature of Certificateholder
Tandatangan Pemegang Sijil

Name / *Nama:*

NRIC No. / *No. KP:*

Address / *Alamat:*

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Name / *Nama:*

NRIC No. / *No. KP:*

Address / *Alamat:*

For **NON-MUSLIM**, you are advised to appoint a trustee in order to create a trust certificate.

NOTE: The trustee portion of this form is not applicable to Muslims or nomination other than under Labuan Islamic Financial Services and Securities Act 2010.

I consent to act as trustee to the above mentioned certificate.

Untuk **BUKAN ISLAM**, anda dinasihatkan agar melantik pemegang amanah supaya sijil anda adalah sijil amanah.

PERHATIAN: Bahagian pemegang amanah tercatat di bawah tidak perlu kepada penganut Islam atau penama selain daripada di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan dan Sekuriti Islam Labuan 2010.

Saya dengan ini bersetuju bertindak sebagai pemegang amanah terhadap sijil yang tersebut diatas.

Signature of Trustee / *Tandatangan Pemegang Amanah*

Name / *Nama:*

NRIC No. / *No. KP:*

Address / *Alamat:*

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*

Name / *Nama:*

NRIC No. / *No. KP:*

Address / *Alamat:*

Note: The Certificateholder must be at least 18 years of age to be legally eligible to nominate and the witness must be at least 18 years of age and cannot be a named nominee.

Nota: Pemegang Sijil mestilah sekurang-kurangnya berumur 18 tahun untuk berhak melantik penamaan dan saksi hendaklah berumur tidak kurang daripada 18 tahun dan tidak boleh daripada penama yang dilantik.

Signed at / *Ditandatangani di* _____ on / *pada* _____ / 20 _____
(Place / *Tempat*) (Date / *Haribulan*) (Month / *Bulan*) (Year / *Tahun*)

I / We declare that the information given in this proposal together with any other documents or questionnaires and/ or any additional information supplied to **Archipelago Life Insurance Limited** (hereinafter referred to as the Company) in connection with this proposal form or the Medical Examiner of the Company, are complete, accurate and true whether written by me or on my behalf and that no information has been withheld. I / We also agree that the company may void the certificate (if issued) if there is any non-disclosure, misrepresentation, inaccuracy or omission. I / We understand that the information given in this proposal and any information made to the Company or to the Medical Examiner of the Company shall be the basis of the contract for Takaful. I/We agree to pay the Company all medical expenses incurred should I / We fail to take up this certificate at standard rates. I / We agree that there shall be no liability upon the Company until the first contribution is paid in full and the certificate issued. I / We further agree that prior to the issue of the certificate should there be any change in the state of health and circumstances of the Person Covered between the date of this proposal form and completion of this certificate contract must be communicated in writing to the Company.

I / We give consent to the Company seeking medical information on the Person Covered from any doctor who at any time has attended to the Person Covered or seeking information from any Takaful/ insurance office, organisation or person on any relevant information concerning the Person Covered and I / We authorise the giving of such information. A photocopy of this authorisation shall be as valid as the original.

I / We further declare that in the filling up, completion or answering of this proposal form and in the negotiation leading to the filling up, completion or answering of this proposal form:

- (a) I / We have given to your representative no other information, except that is written in this proposal form and that to the best of my/our knowledge and belief, your representative has given no other information or knowledge relating to any circumstances relevant to the acceptance of this risk.
- (b) I am / We are submitting this proposal independent of any statement which your representative may have made contrary to the provision contained in the Company's standard certificate or which may have been intended to influence my filling up, completion or answering of this proposal form.

I / We, understand and agree that any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, processed and disclosed by the Company to individuals and / or organizations related to and associated with the Company or any selected third party (within or outside Malaysia, including medical institutions, reinsurers, claim adjusters / investigators, solicitors, industry associations, regulators, statutory bodies and government authorities) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and other financial products and services and to communicate with me/us for such proposes.

I / We understand that I / We have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company concerning me / us. Such request can be made to any of our customer services centre of the company.

I / We hereby agree that my / our entitlement for surplus sharing shall go to the contingency / charity fund and shall be managed by the Company in accordance with Shariah guidelines.

*Saya / Kami dengan ini mengaku bahawa sebarang maklumat yang diberikan di dalam borang cadangan ini bersama-sama dokumen yang lain atau borang soal selidik dan/atau maklumat tambahan yang lain yang diberikan kepada **Archipelago Life Insurance Limited** (Syarikat) berkaitan dengan borang cadangan ini atau Pegawai Perubatan Syarikat adalah lengkap, tepat dan benar sama ada ditulis oleh saya sendiri atau ditulis bagi pihak saya dan tiada sebarang maklumat yang terselindung. Saya / Kami juga bersetuju bahawa Syarikat akan membatalkan sijil (jika dikeluarkan) jika terdapat apa-apa yang tidak dinyatakan, kenyataan yang salah, ketidaktepatan atau tertinggal. Saya/ Kami memahami bahawa semua maklumat yang diberikan di dalam borang cadangan atau kepada syarikat atau Pegawai Perubatan Syarikat akan menjadi asas perjanjian kontrak Takaful. Saya / Kami bersetuju untuk membayar balik kesemua perbelanjaan perubatan sekiranya saya/kami tidak bersetuju menerima sijil yang akan dikeluarkan dengan kadar biasa. Saya / Kami bersetuju bahawa Syarikat tidak bertanggungjawab terhadap sebarang tuntutan sehingga sumbangan pertama dijelaskan dengan sepenuhnya dan sijil dikeluarkan. Saya / Kami juga bersetuju selanjutnya bahawa sekiranya ada sebarang perubahan di dalam kesihatan dan keadaan Orang yang dilindungi diantara tarikh borang cadangan dan kelengkapan kontrak sijil mestilah dibuat secara bertulis kepada Syarikat.*

Saya / Kami mengizinkan Syarikat mendapatkan keterangan daripada sebarang doktor yang merawat Orang yang dilindungi pada bila-bila masa atausebarang keterangan dari pejabat Takaful, Syarikat atau sesiapa berhubung dengan Orang yang dilindungi dan saya/kami membenarkan pemberian keterangan itu. Salinan fotokopi pengakuan ini adalah sah seperti asal.

Saya / Kami juga mengakui bahawa di dalam mengisi, memenuhi dan menjawab borang cadangan ini dan dalam perundingan terhadap perjanjian :-

- (a) *Saya / Kami tidak memberi sebarang maklumat selain daripada yang tertulis di dalam cadangan ini dan pada pengetahuan dan kepercayaan saya / kami, wakil tuan tidak memberi apa-apa maklumat atau pengetahuan, berkaitan dengan apa jua keadaan dalam penerimaan risiko ini.*
- (b) *Saya / Kami mengemukakan permohonan ini bebas dari apa-apa kenyataan yang dibuat oleh wakil berkenaan yang bertentangan dengan peruntukan yang terkandung dalam sijil rasmi syarikat yang mungkin mempengaruhi semasa mengisi, memenuhi atau menjawab borang cadangan.*

Saya / Kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau disimpan oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh disimpan, digunakan, diproses dan dimaklumkan kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat Retakaful, penyiasat tuntutan dan persatuan/persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan khidmat seterusnya untuk produk dan khidmat kewangan yang lain dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan tersebut.

Saya / Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang disimpan oleh Syarikat berkaitan dengan saya/ kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan Syarikat.

Bahawasanya saya / kami dengan ini bersetuju bahawa kelayakan saya / kami untuk perkongsian lebihan akan diberikan kepada dana luar jangka / amal dan akan diuruskan oleh Syarikat mengikut garis panduan Syariah.

Signature of Certificateholder
Tandatangan Pemegang Sijil

Name of Certificateholder
Nama Pemegang Sijil

Identity Card No. / No. Kad Pengenalan

Date / Tarikh:

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*

Name of Witness / *Nama Saksi*

Identity Card No. / No. Kad Pengenalan

Date / Tarikh:

NOTICE

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia version of any part of the Proposal Form, it is hereby agreed that the English version of the Proposal Form shall prevail.

NOTIS

Sekiranya terdapat konflik atau kesamaran berkenaan makna di dalam versi Bahasa Malaysia di dalam mana-mana bahagian Borang Cadangan, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris Borang Cadangan akan diguna pakai.



Archipelago Life Insurance Limited [A Life Insurer Licensed by Labuan FSA] Co. No. LL09829 | Licence No. IS2013141

Registered Office Address :
Brumby Centre,
Lot 42, Jalan Muhibbah,
87000 Labuan FT, Malaysia.

Co-located Office :
B-08-07, Gateway Corporate Suites,
Gateway Kiaramas, No.1 Jalan Desa Kiara,
Mont Kiara, 50480 Kuala Lumpur, Malaysia.

Phone : +6 (03) 6201 0899
Fax : +6 (03) 6201 0481
Email : customerservice@archipelagold.com
URL : www.archipelagogr.com