



## CADANGAN UNTUK TAKAFUL CRITICAL ILLNESS / PROPOSAL FOR CRITICAL ILLNESS 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 made.

Medikal  
Medical

1

Tanpa Medikal  
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 INK AND IN BLOCK LETTERS

### (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

b) NO TELEFON  
PHONE NO

RUMAH  
HOUSE

PEJABAT  
OFFICE

BIMBIT  
MOBILE

EMEL  
EMAIL

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

b) TARIKH LAHIR / DATE OF BIRTH

c) JANTINA  
SEX

LELAKI  
MALE

PEREMPUAN  
FEMALE

WARNA K/P  
I/C COLOUR

HARI / DAY BULAN / MONTH TAHUN / YEAR

d) UMUR PADA HARI JADI AKAN DATANG  
AGE NEXT BIRTHDAY

TAHUN  
YEAR

e) UGAMA  
RELIGION

ISLAM  
MUSLIM

BUKAN ISLAM  
NON MUSLIM

f) WARGANEGARA  
NATIONALITY

g) TARAF PERKAHWINAN  
MARITAL STATUS

BRUNEI  
BRUNEIAN

BUKAN BRUNEI  
NON BRUNEIAN

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 KERJA YANG DILAKUKAN  
OCCUPATION AND STATE THE EXACT NATURE OF WORK

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) PERLINDUNGAN / THE COVER

TEMPOH TAKAFUL  
TAKAFUL PERIOD

DARI  
FROM

HINGGA  
TO

SUMBANGAN TAKAFUL SETAHUN  
TAKAFUL CONTRIBUTION PER ANNUM

B\$

JUMLAH PERLINDUNGAN  
SUM COVERED

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	JUMLAH PERLINDUNGAN SUM COVERED	SUMBANGAN TAKAFUL TAKAFUL CONTRIBUTION

a) \*PEKERJAAN SUAMI/ISTERI  
\*SPOUSE'S OCCUPATION

b) TINGGI  
HEIGHT

sm  
cm

c) BERAT  
WEIGHT

kg  
kg

\*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)

YA / YES      TIDAK / NO

(a) Adakah awda pada masa ini tidak dapat bekerja? Are you currently unable to work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Dalam tempoh 5 tahun yang lalu, adakah awda tidak dapat bekerja lebih daripada 30 hari berturut-turut? During the 5 past years, have you been unable to work for more than 30 consecutive days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Adakah awda pernah dirawat atau di dalam rawatan bagi: tekanan darah tinggi, infarksi miokardium, penyakit pernafasan, penyakit buah pinggang, gangguan pencernaan, ulser, kerosakan saraf, cakera teranjak, lumpuh, koma, kencing manis, kolesterol tinggi, sindrom kurang daya tahan (AIDS), ketumbuhan, barah atau sebarang penyakit atau kelemahan teruk yang lain? Have you ever been treated for or are you under treatment for : high blood pressure, myocardial infarction, respiratory disease, renal disease, alimentary disorder, ulcer, nervous breakdown, slipped disc, paralysis, coma, diabetes, high cholesterol, immunodeficiency syndrome (AIDS), tumour, cancer or any other serious illness or infirmity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Adakah awda pernah cedera teruk? Have you ever been seriously injured?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Pernahkah awda menjalani pembedahan atau pernahkah awda dinasihati untuk menjalani pembedahan? Have you ever had a surgical operation or had been advised to have a surgical operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Pernahkah atau adakah awda sedang menjalani rawatan atau mengambil perubatan bagi sebarang penyakit atau gangguan? Did you take or are you taking treatment or medication for any disease or disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Adakah awda berhasrat untuk mendapatkan nasihat, rawatan kesihatan atau adakah sebarang ujian kesihatan dijalankan? Do you intend to seek medical advice, treatment or have any medical tests performed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Pernahkah awda didapati positif ujian bagi HIV/AIDS atau Hepatitis B atau C, atau adakah awda pernah didapati/dirawat bagi penyakit kelamin lainnya atau adakah awda menunggu keputusan ujian tersebut? Jika ya, sila berikan keterangan. Have you been tested positive for HIV/AIDS or Hepatitis B or C, or have you been tested/treated for other sexually transmitted diseases or are you awaiting the result of such a test? If yes, please provide details.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Adakah awda menghisap apa-apa jenis rokok dalam masa 12 bulan yang lepas? Jika ya, nyatakan berapa banyak dalam sehari? Have you smoked any cigarettes within the past 12 months? If yes, state how many per day? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Adakah awda sedang terdedah kepada asap dari rokok orang lain atau produk tembakau di rumah mahupun di tempat kerja? Jika ya, untuk berapa tahun? Are you currently exposed to smoke from other people's cigarettes or tobacco products at home or at work? If yes, for how many years? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Adakah awda mengalami kecacatan penglihatan atau pendengaran? Jika ya, nyatakan setakat mana, Do you have any defect of the vision or hearing? If yes, state to what extent, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l) Adakah di kalangan ibu bapa, abang dan kakak/adik awda yang meninggal atau menderita penyakit jantung atau peredaran darah, barah, kencing manis, penyakit buah pinggang atau penyakit keturunan sebelum umur 65 tahun? Jika ya, sila nyatakan juga berapa umur semasa kejadian. Have any of your parents, brothers or sisters died or suffered from heart or circulatory diseases, cancer, diabetes, kidney diseases or hereditary disorders before age 65? If yes, please also indicate at what age this occurred.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(m) Adakah awda berhasrat untuk melakukan aktiviti bahaya (seperti menyelam skuba) atau terbang selain menjadi penumpang dalam perkhidmatan yang dijadualkan? Do you intend to engage in hazardous activity (e.g. scuba diving) or fly other than as a passenger on scheduled services?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(n) Bagi bukan Islam, adakah awda meminum minuman keras? Jika ya, nyatakan jenis dan jumlah dalam sehari. For those who are non-muslim, do you drink alcohol? If yes, state type and amount per day. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- p) 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 Result Attending	Nama dan Alamat Doktor / Hospital yang Merawat Name & Address of Attending Physician / Hospital

Lain-lain kenyataan :-  
Other Statements :-

- q) Sila berikan nama penuh 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 :

### (E) LAIN-LAIN / OTHERS

SILA JAWAB SOALAN BERIKUT :-  
PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS :-

JIKA 'YA' SILA BERI KETERANGAN  
IF 'YES' PLEASE GIVE DETAILS

- (a) Adakah awda mempunyai insurans hayat yang sedia ada atau kontrak takaful dengan kami atau dengan syarikat insurans hayat atau pengendali takaful? Jika ya, sila nyatakan.  
Do you have existing Life insurance or Takaful contracts with our company or with other insurance companies or Takaful operators? If yes, please provide details.
- (b) Adakah permohonan insurans hayat awda (nyawa, kemalangan, kesihatan) atau kontrak Takaful pernah ditolak, ditangguh atau diterima dengan syarat? Has any application for insurance of your life (life, accident, health) or Takaful contract been declined, postponed or accepted on special terms?

YA / YES      TIDAK / NO





Nama Syarikat  
Name of Company

Jenis Polisi / Sijil  
Type of Policy(ies)  
/ Certificate(s)

Bila / When

Sebab / Reason





### PERHATIAN/NOTE

Sekiranya Peserta menyerahkan sijil ini, maka Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd akan mengenakan bayaran \$10.00 untuk setiap sijil.  
In the event that the certificate is surrendered, Takaful Brunei Keluarga Sdn Bhd shall charge \$10.00 per certificate.

## (F) AKAD / 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 Keluarga Sdn Bhd (selepas ini dikenali sebagai pihak Syarikat) bahawasanya 70% daripada sumbangan Takaful saya/kami akan didermakan ke dalam Kumpulan Wang Takaful secara Tabarru', bagi tujuan membantu peserta-peserta yang layak di dalam Sijil Takaful. Saya/Kami juga memahami 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.

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 30% daripada sumbangan takaful saya/kami kepada pihak Syarikat sebagai Upah Wakalah bagi perkhidmatan-perkhidmatan tersebut.

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 dengan syarat 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.

Dan saya/kami dengan ini mengaku bahawa saya/kami telah membaca dan memahami risalah keterangan produk yang telah diberikan kepada saya/kami oleh pegawai/kakitangan Takaful dan memberi pengakuan bahawa pegawai/kakitangan Takaful telah menjelaskan maklumat asas mengenai ciri-ciri penting produk yang terpilih atas kepuasan saya/kami.

### 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 Keluarga Sdn Bhd (hereinafter referred to as the Company), of which 70% of my/our Takaful contribution will be donated as Tabarru' into the Takaful Fund to help other eligible participants under the Takaful Certificate. I/We also understand 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 to Shariah principles which shall give benefits to me/us and the Takaful Funds.*

*On the basis of the principles of **Al-Wakalah**, I/we also hereby appoint the Company as my/our Wakil (representative) to administer, manage, invest in Shariah compliance investment 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 30% 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 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 Takaful Fund itself.*

*And I/We hereby declare that I/we have read and fully understood the product brochure given to me/us by Takaful officer/staff and acknowledge that the officer/staff has explained the essential information on the major features of the product(s) selected to my/our satisfaction.*

### 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, hereby 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 OF IC

SALINAN KP PASANGAN (JIKA PERLU)  
COPY OF SPOUSE'S IC (IF APPLICABLE)

SALINAN KP / SB ANAK (JIKA PERLU)  
COPY OF CHILD'S IC / BC (IF APPLICABLE)

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.*

### Perhatian / Note :-

Pelan ini tidak melindungi penyakit yang sedia ada semasa cadangan ini dibuat (kecuali dinyatakan secara khusus sebaliknya) dan penyakit-penyakit yang ada di dalam pengecualian sijil.

Sila ambil perhatian bahawa sumbangan takaful yang perlu dibayar adalah tidak dijamin dan pihak syarikat mempunyai hak untuk menyemak semula sumbangan takaful yang perlu dibayar berdasarkan pengalaman tuntutan yang akan datang.

Jika sumbangan takaful tidak diterima pada hari yang ke 30, maka perjanjian takaful dengan sendirinya akan terbatal secara automatik.

*This plan does not cover pre-existing illness (unless specifically mentioned otherwise) and those within exclusions of the certificate.*

*Please take note that takaful contribution payable is not guaranteed and the company reserve the right to revise the takaful contribution payable based on future claim experience.*

*If the Takaful Contribution is not received by the 30th day, then this contract of takaful will be automatically cancelled.*