

PENGAKUAN KESIHATAN

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

Nota Penting

- Mengikut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 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.
- Anda hendaklah memberitahu Etiqa Family Takaful Berhad secara bertulis jika terdapat perubahan pada mana-mana jawapan-jawapan atau pengakuan-pengakuan yang diperlukan di dalam permohonan ini, sebelum tarikh pengeluaran/pengaktifan/perubahan sijil ini.
- Penerimaan cadangan anda adalah tertakluk kepada penilaian pengunderaitan. Perlindungan akan bermula selepas sijil diaktifkan/diubahkan.
- Dalam borang cadangan ini, kecuali jika konteks ini dinyatakan sebaliknya, perkataan "Saya/Kami, Anda/Kami," bermaksud Orang Yang Dilindungi /Pemilik Sijil yang mana berkenaan.

A. MAKLUMAT PERIBADI	ORANG YANG DILINDUNGI	PEMILIK SIJIL			
Nama Penuh (seperti di dalam K.P)					
Pekerjaan (Butir-butir tugas) :	_____				
Industri :	_____				
Ketinggian & Berat Badan	_____ cm _____ kg	_____ cm	_____ kg		
B. BUTIR-BUTIR KESIHATAN (Sila tanda <input checked="" type="checkbox"/> pada `YA` atau `TIDAK`) Kalau jawapan kepada soalan ini adalah `YA`, sila nyatakan nombor soalan dan butirannya di bahagian C.		ORANG YANG DILINDUNGI		PEMILIK SIJIL	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1) Adakah anda merokok? Jika ya, berapa batang rokok yang anda hisap dalam sehari dan sudah berapa lamakah anda mula merokok? Orang Yang Dilindungi : _____ batang sehari, selama _____ tahun Pemilik Sijil : _____ 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/tumescaran/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, thalassemia, 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"/>



