

Private & Confidential

Health Declaration Form / Borang Pengisytiharan Kesihatan

Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMPORTANT NOTICE/ NOTA PENTING

Important Notice: Please take note that pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, you are hereby reminded that:

Kenyataan Penting: Sila ambil perhatian bahawa menurut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda adalah dengan ini diingatkan bahawa:

- You have a duty to take reasonable care not to make any misrepresentation while completing this form and to disclose to us any matter which may not be covered in this form that you know to be relevant to our decision on whether to accept the risk, and the rates and terms to be applied. Such duty of disclosure shall continue until the time your policy is revived pursuant to this form. Failure to disclose may result in us avoiding the reinstatement/application of your Policy, change of policy terms, claims being deferred or rejected, if such reinstatement or application has been approved by us.

Anda mempunyai kewajipan yang munasabah untuk tidak membuat salah nyataan kepada kami semasa melengkapkan borang ini dan anda perlu mendedahkan kepada kami apa-apa perkara, selain yang telah diliputi di dalam borang ini, yang anda tahu sebagai berkaitan kepada keputusan kami sama ada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak dipakai. Kewajipan pendedahan ini hendaklah berterusan sehingga ke masa polisi anda dipulihkan/dikuatkuasakan semula menurut borang ini. Kegagalan anda berbuat demikian boleh mengakibatkan pihak kami tidak meneruskan pengembalian.

- Any moneys paid to us together with this reinstatement or application form shall not be treated as payment towards any outstanding premium not yet paid by you for the Policy unless and until this reinstatement or application has been unconditionally accepted by us and an endorsement has been issued. Our receipt of any moneys paid together with this application form is NOT to be treated as an approval of this reinstatement or application.

Wang yang dibayar kepada kami berserta borang pengembalian semula ini tidak boleh dianggap sebagai pembayaran kepada premium tertunggak yang belum dibayar oleh anda untuk Polisi tersebut melainkan jika permohonan pengembalian semula ini telah diterima tanpa syarat oleh pihak kami dan surat pengesahan telah dikeluarkan. Resit pembayaran beserta borang permohonan pengembalian semula TIDAK boleh dianggap sebagai permohonan pengembalian semula ini telah diluluskan.

- If Policy Owner and the Life Assured are not the same person, please complete both Policy Owner and Life Assured's part respectively. If **Policy Owner** and the **Life Assured** are the same person, please complete Policy Owner's part only.

*Jika Pemilik Polisi dan Hayat Yang Diinsuranskan adalah bukan orang yang sama, sila lengkapkan bahagian Pemilik Polisi dan Hayat Yang Diinsuranskan masing-masing. Jika **Pemilik Polisi** dan **Hayat Yang Diinsuranskan** adalah orang yang sama, sila lengkapkan bahagian Pemilik Polisi sahaja.*

- For Juvenile policy, if the Life Assured has attained the age of majority, the Life Assured is required to sign this form.

Untuk polisi Juvana, sekiranya Hayat Yang Diinsuranskan telah mencapai umur majoriti, Hayat Yang Diinsuranskan dikehendaki menandatangani borang ini.

- For Payor Spouse please complete column Joint Life Assured.

Untuk Pasangan Pencarum, sila lengkapkan bahagian Orang yang Diinsuranskan Bersama

DETAILS OF POLICY OWNER, LIFE ASSURED & JOINT LIFE ASSURED

BUTIR-BUTIR PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIINSURANSKAN & ORANG YANG DIINSURANSKAN BERSAMA

Name of Life Assured / Nama Hayat Yang Diinsuranskan	New IC No./ No K.P. Baru :
Name of Policy Owner / Nama Pemilik Polisi	New IC No./ No K.P. Baru :
Name of Joint Life Assured (if any) / Nama Orang Yang Diinsuranskan Bersama (Jika Ada)	New IC No./ No K.P. Baru :

TYPE OF APPLICATION

JENIS PERMOHONAN

***Please tick (✓) in the relevant box / Sila tandakan (✓) pada kotak dibawah**

<input type="checkbox"/> Reinstatement Mengaktifkan Semula	<input type="checkbox"/> Addition of Benefits Penambahan Manfaat	<input type="checkbox"/> Increase of Sum Assured Kenaikan Jumlah Yang Diinsuranskan	<input type="checkbox"/> Change of Plan Pertukaran Pelan	<input type="checkbox"/> Policy Review Semak Semula Polisi
---	---	--	---	---

Private & Confidential

Health Declaration Form Part 1 / Borang Pengisytiharan Kesihatan (Bahagian 1)

Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STATEMENT OF DECLARATION BY POLICY OWNER/ LIFE ASSURED/ JOINT LIFE ASSURED (IF ANY)
PENGISYTIHARAN KESIHATAN DARIPADA PEMILIK POLISI/ HAYAT YANG DIINSURANSKAN/ ORANG YANG DIINSURANSKAN BERSAMA (JIKA ADA) & SAKSI

*Notes: Complete this section for policy with a **LAPSE DURATION LESS THAN 3 (THREE) MONTHS, WITHOUT CHANGE IN MEDICAL CONDITION and NO MEDICAL CONDITIONS** to be disclosed. If the request did not fulfill the requirements, please complete Health Declaration Form Part 2.*

*Nota: Lengkapkan seksyen ini hanya untuk polisi dengan **TEMPOH LUPUT KURANG DARIPADA 3 (TIGA) BULAN, TANPA PERUBAHAN DALAM KEADAAN PERUBATAN dan TIADA KEADAAN PERUBATAN** yang akan didedahkan. Sekiranya permohonan tidak memenuhi syarat, sila lengkapkan Borang Pengisytiharan Kesihatan Bahagian 2.*

- I/We, declare that the information given in this form and in any required medical examination, questionnaire, amendment or other relevant document in connection with this application is true, full and complete and I/we have not withheld any important information.
Saya/Kami mengaku bahawa maklumat yang diberikan dalam permohonan ini serta sebarang pemeriksaan perubatan, soal selidik, pindaan yang diperlukan atau dokumen lain yang berkaitan dengan permohonan ini adalah benar, penuh dan lengkap dan saya/kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting.
- I/We have the duty to inform Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("ZLIMB") of the change in the state of the health of the Life Assured/Spouse which occurred after the date of signing this application or which may have occurred before the date on which the application is accepted and I/We agree that upon failure of such disclosure, ZLIMB shall be entitled to reject this application.
Saya/Kami bertanggungjawab untuk memberitahu Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("ZLIMB") mengenai perubahan kepada kesihatan Hayat Diinsuranskan/Pasangan yang berlaku selepas tarikh permohonan ini ditandatangani atau mungkin berlaku sebelum tarikh permohonan ini diluluskan dan Saya/kami bersetuju bahawa atas kegagalan pendedahan sedemikian, ZLIMB berhak untuk menolak permohonan ini.
- I/We hereby authorise any physician, hospital, clinic, insurance company or other organisation, institution or person that has any records or knowledge of me/us or any persons to be insured or my or our health, to disclose to ZLIMB or its representative any and all information about me or any persons to be insured with reference to my or our health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment and a photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.
Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami atau sesiapa yang akan diinsuranskan atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada ZLIMB atau wakilnya sebarang dan semua maklumat mengenai saya atau sesiapa yang akan diinsuranskan dengan merujuk kepada sejarah kesihatan dan perubatan saya atau kami dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit dah salinan fotostat kebenaran ini akan dianggap sebagai sah dan tulen sepertimana salinan asal.
- I/We understand that ZLIMB requires me/us to provide and keep my/our personal information in ZLIMB's record, including nationality, residential and mailing addresses, occupation, details regarding employer/business, and contact details updated. As such, I/we will provide ZLIMB with the updated personal information in the form ZLIMB requires together with this application, if the information in ZLIMB's record is incomplete/becomes incorrect. I/We shall refer to www.zurich.com.my for the form required to update the information.
Saya/Kami faham bahawa ZLIMB memerlukan saya/kami memberi dan sentiasa mengemaskini maklumat peribadi saya/kami dalam rekod ZLIMB, termasuk kewarganegaraan, alamat rumah dan surat-menyurat, pekerjaan, maklumat tentang majikan/perniagaan, dan butiran perhubungan. Maka, saya/kami akan memberi ZLIMB maklumat peribadi yang terkini dalam borang yang dikehendaki oleh ZLIMB bersama dengan permohonan ini, jika maklumat dalam rekod ZLIMB adalah tidak lengkap/menjadi tidak betul. Saya/Kami akan merujuk kepada www.zurich.com.my untuk borang yang dikehendaki oleh ZLIMB untuk mengemaskini maklumat tersebut.
- I/We hereby declare that I/We am/are currently in good health, no pre-existing medical condition/history, hospitalisation, injuries, or accident occurred to be disclosed.
Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa saya/kami sedang berada dalam keadaan sihat, tiada keadaan/sejarah perubatan yang sedia ada, kemasukan ke hospital, kecederaan, atau kemalangan yang berlaku untuk didedahkan.

<p>Signature of Policy Owner / Tandatangan Pemilik Polisi * Other than Individual, Company's Stamp is required / Selain daripada individu, Cop Syarikat diperlukan</p>	Name / Nama: _____
	Date / Tarikh: _____
	Place / Tempat: _____
<p>Signature of Life Assured / Tandatangan Hayat Yang Diinsuranskan</p>	Name / Nama: _____
	Date / Tarikh: _____
	Place / Tempat: _____
<p>Signature of Joint Life Assured / Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan Bersama</p>	Name / Nama: _____
	Date / Tarikh: _____
	Place / Tempat: _____

For Office Use Only/
Kegunaan Pejabat Sahaja



Policy Number

Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DECLARATION BY WITNESS

PENGISYTIHARAN SAKSI

I hereby certify that the above signature(s) was/were made in my presence and that it is the signature(s) of the Policy Owner/Life Assured/Joint Life Assured under the policy mentioned above.

Saya dengan ini mengesahkan bahawa tandatangan di atas dibuat di hadapan saya dan tandatangan tersebut ialah tandatangan Pemilik Polisi/Hayat Yang Diinsurankan/Orang Yang Diinsurankan Bersama seperti yang disebut di atas.

*** Signature of Witness /Tandatangan Saksi**

*** Notes /Nota :**

The witness must be completed by an authorized Servicing Wealth Planner, Customer Service Representative or Notary Public.

Saksi mestilah seorang Ejen yang diberi kuasa, Wakil Khidmat Pelanggan atau Notari Awam.

Name /Nama: _____

Agent Code/ Staff ID /Ejen Kod/ ID Kakitangan : _____

Date/Tarikh: _____

Place/Tempat: _____



Private & Confidential

Health Declaration Form Part 2/Borang Pengisytiharan Kesihatan (Bahagian 2)

Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HEALTH DECLARATION
PENGISYTIHARAN KESIHATAN

***Note : Compulsory to complete all the questions below /**
Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah

	Policy Owner Pemilik Polisi		Life Assured Hayat yang Diinsuranskan		Joint Life Assured(Spouse) Orang Yang Diinsuranskan Bersama(Pasangan)	
	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak
1. What is your current height (cm) <i>Berapakah ketinggian anda sekarang (cm)</i>						
2. What is your current weight (kg) <i>Berapakah berat anda sekarang (kg)</i>						
3. Please provide your current occupation details. <i>Sila berikan maklumat pekerjaan semasa anda</i> (a) Industry/ Industri (b) Occupation / Pekerjaan (c) Exact Duties / Tugas Sebenar (d) Name of Employer & Address / Nama Majikan & Alamat (e) Annual Income (RM) / Pendapatan Tahunan (RM)						
4. Any gain or loss in weight in the last 12 months? If yes, please state the reason below. <i>Adakah terdapat sebarang penambahan atau kehilangan dalam berat badan pada 12 bulan yang lepas? Jika ya, sila nyatakan sebabnya di bawah.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you engage or have any intention of taking up any other hazardous business, occupation or sports? <i>Adakah anda melibatkan diri atau mempunyai sebarang niat untuk mengambil sebarang perniagaan, pekerjaan atau sukan berbahaya lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have any of your applications, renewals or reinstatements of any Life Policy, Health Insurance Policy or Supplementary Contract or Takaful ever been declined, postponed, rated up, or in any way modified? <i>Pernahkah mana-mana permohonan, pembaharuan atau penguatkuasaan semula bagi sebarang Polisi Hayat, Polisi Insurans Kesihatan atau Kontrak Tambahan atau Takaful anda ditolak, ditangguh, dikenakan kadar atau dengan apa-apa cara diubahsuai?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you ever had, or been told to have or been treated for: <i>Pernahkah anda mengalami, atau diberitahu mengalami atau dirawat untuk:</i> (a) Nose bleeds, blurred or double vision, deafness, blindness or diseases of the eyes, ears, nose or throat or any physical impairment? <i>Hidung berdarah, penglihatan kabur atau berganda, pekak, buta atau penyakit mata, telinga, hidung, atau tekak atau kecacatan fizikal?</i> (b) Asthma, tuberculosis, respiratory or lung diseases or disorders or any symptoms of any respiratory problem? <i>Asma, batuk kering, penyakit respiratori atau paru-paru atau tanda-tanda masalah gangguan respiratori?</i> (c) Discomfort or tightness of chest, chest pains, palpitation, stroke, heart attack, raised cholesterol, high blood pressure, anemia or any disease or disorders of the blood, heart, heart valves or blood vessels? <i>Ketidakselesaan atau sesak nafas, sakit dada, palpitasi, strok, serangan jantung, kadar kolesterol yang tinggi, tekanan darah tinggi, anemia atau sebarang penyakit atau gangguan berkaitan dengan darah, jantung, injap jantung atau saluran darah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Note : Compulsory to complete all the questions below / Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah	Policy Owner Pemilik Polisi		Life Assured Hayat yang Diinsuranskan		Joint Life Assured(Spouse) Orang Yang Diinsuranskan Bersama(Pasangan)	
	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak
Please answer the question below. / Sila jawab soalan – soalan dibawah						
(d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, haemorrhoids or disorders or diseases of the stomach, intestines, liver, gallbladder? <i>Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Any protein or blood in the urine, kidney stone or diseases of the kidneys, bladder, prostate or genitourinary system? <i>Sebarang kewujudan protein atau darah dalam air kencing, batu karang atau penyakit buah pinggang, pundi kencing, prostat atau sebarang penyakit genitourinari?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Diabetes, sugar in the urine, abnormal blood sugar, goiter or diseases of the thyroids, endocrine or other glands? <i>Kencing manis, gula dalam air kencing, kandungan gula dalam darah yang tidak normal, goiter atau penyakit tiroid, endokrin atau lain-lain kelenjar?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Arthritis, gout, rheumatism or any disease, disorder or weakness of the neck, muscles, bones, joints, limbs or spine? <i>Arthritis, gout, reumatik atau sebarang gangguan atau penyakit leher, otot, tulang, sendi, anggota tangan dan kaki atau tulang belakang?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Epilepsy, fits, numbness, fainting spells, migraine, abnormality of gait or balance, mental disorder, disease of the brain or nervous system? <i>Epilepsi, sawan, kebas, pengsan, migraine, ketaknormalan gaya berjalan atau keseimbangan, gangguan mental, gangguan otak atau sebarang penyakit sistem saraf?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Cancer, cyst, growth or tumour (benign or malignant) or any kind of skin disease? <i>Kanser, sista, ketumbuhan atau sebarang tumor (benigna atau maligna) atau sebarang penyakit kulit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Have you or your spouse been told you or your spouse to have any sexually transmitted disease, AIDS, HIV infection or a positive test to HIV? <i>Pernahkah anda atau pasangan anda diberitahu bahawa anda atau pasangan anda menghadapi sebarang penyakit jangkitan seks, AIDS, jangkitan HIV atau ujian darah positif bagi HIV?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Do you have any other disease, disorder or severe injury not mentioned above, or other than already disclosed have you had or have symptoms for which you: <i>Adakah anda mempunyai sebarang penyakit, gangguan atau kecederaan teruk lain yang tidak disebutkan di atas, atau selain daripada yang telah didedahkan anda pernah mengalami atau mengalami simptom yang dimana anda:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) intend to seek medical advice <i>berhasrat untuk mendapatkan nasihat perubatan</i>						
(b) are awaiting treatment <i>sedang menunggu rawatan</i>						
(c) are awaiting results <i>sedang menunggu keputusan</i>						



Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

***Note : Compulsory to complete all the questions below /
Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah**

Please answer the question below. / Sila jawab soalan – soalan dibawah

	Policy Owner Pemilik Polisi		Life Assured Hayat yang Diinsuranskan		Joint Life Assured(Spouse) Orang Yang Diinsuranskan Bersama(Pasangan)	
	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak
8. In the past five (5) years, have you: <i>Dalam tempoh 5 tahun yang lalu pernahkah anda:</i>						
(a) Had any medical investigations or tests like blood or urine test, x-ray, CT/MRI scan, angiogram, echocardiogram, ultrasound, mammography, electrocardiogram (ECG) or biopsy? <i>Menjalani sebarang siasatan perubatan dan ujian seperti ujian darah atau air kencing, X-ray, imbasan CT/MRI, angiogram, ekokardiogram, ultrasound, mamografi, elektrokardiogram (ECG) atau biopsi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Received medical treatment or advice (other than normal illnesses like fever, flu or cough), been hospitalised, had surgery or a medical consultation by a specialist or been advised to have any of these in the future? <i>Menerima rawatan perubatan atau nasihat (selain daripada penyakit biasa seperti demam, selsema atau batuk), dimasukkan ke hospital, menjalani pembedahan atau perundingan perubatan oleh pakar atau dinasihatkan untuk menjalankan rawatan atau pemeriksaan yang disebut di atas pada masa depan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Experienced, or are currently still experiencing any symptoms or complaints for which you have not consulted a doctor? <i>Pernah mengalami atau masih mengalami sebarang symptom atau aduan yang anda masih belum berunding dengan doktor?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Has anyone in your immediate family (living or deceased) ever suffered from diabetes, heart disease, high blood pressure, stroke, kidney disease (including polycystic kidney disease), mental disorder, hepatitis B, hepatitis C, cancer, Alzheimer's/Parkinson's disease or any other hereditary disease? (If YES, please provide details). <i>Adakah sesiapa dalam keluarga terdekat anda (hidup atau telah meninggal dunia) pernah menghidapi kencing manis, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, strok, penyakit ginjal (termasuk ginjal polisista), kecelaruan mental, hepatitis B, hepatitis C, kanser, penyakit Alzheimer/Parkinson atau sebarang penyakit keturunan?(Jika YA, sila berikan butiran terperinci).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Policy Owner/ Life Assured Pemilik Polisi/ Hayat Yang Diinsuranskan	Relationship Hubungan	Type of illness Jenis penyakit	Age of onset /Age of First Diagnosis Umur penyakit bermula/ diagnosis pertama	Age of death (if applicable) Usia semasa meninggal (jika berkenaan)

10. FEMALE ONLY/PEREMPUAN SAHAJA						
(a) Are you currently pregnant? If yes, please state the following: <i>Adakah anda sedang hamil sekarang? Jika ya, sila nyatakan:</i> Gestational period/ Tempoh kehamilan : _____ weeks/minggu Expected date of delivery/ Tarikh jangka bersalin: _____ Number of fetus/Bilangan janin: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you ever had any one or more of the following: disease of the breasts/female organs; breast lump; fibroid, cysts, menstrual disorders; abnormal pap smear(s) or any complications of pregnancy or child birth? <i>Pernahkah anda mengalami salah satu atau lebih daripada yang berikut: penyakit berkaitan payu dara/organ wanita, gumpalan payu dara; fibroid, sista, gangguan kitaran haid; papsmear tidak normal atau sebarang komplikasi semasa mengandung atau bersalin?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Note : Compulsory to complete all the questions below / Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah	Policy Owner Pemilik Polisi		Life Assured Hayat yang Diinsuranskan		Joint Life Assured(Spouse) Orang Yang Diinsuranskan Bersama(Pasangan)	
	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak
Please answer the question below. / Sila jawab soalan – soalan dibawah						
<p>11. WITH FLEX MATERNITY CARE AND FLEX LADY CI RIDERS DENGAN MANFAAT RIDER FLEX MATERNITY CARE AND FLEX LADY CI</p> <p>(a) Have you ever given birth? <i>Pernahkah anda melahirkan anak?</i></p> <p>(b) Have you been advised by a medical doctor not to conceive? <i>Pernahkah anda dinasihatkan oleh doctor perubatan supaya tidak mengandung?</i></p> <p>(c) If you are currently pregnant, were you conceived through assisted reproductive technology (such as but not limited to IVF). <i>Jika anda sedang mengandung, adakah kehamilan anda sekarang melalui bantuan teknologi reproduksi (contohnya tetapi tidak terhad kepada IVF)</i></p> <p>(d) Have any of your children suffered from spina bifida, Down's Syndrome, cerebral palsy, cleft lip, cleft palate, Club Foot, Anal Atresia, Atrial or ventricular Septal Defect, congenital heart diseases, cataract, deafness, Diaphragmatic Hernia, hip dislocation, Infantile Hydrocephalus, Tetralogy of Fallot, Transposition of Great Vessels, or any other physical or development defects, congenital illness or any other serious diseases requiring regular follow up or continuous treatment. <i>Pernahkah anak anda menghidapi spina bifida, Down Sindrom, palsy serbral, bibir atau langit sumbing, Kaki Tombol, Anal Atresia, kecacatan Atrial atau Septal vebtrikular, penyakit jantung kongenital, katarak, pekak, hernia Diafragmatik, seliuh pinggang, Infantile Hidrocephalus, Tetraloji Fallot, Tranposisi Salur Darah Utama, atau lain-lain kecacatan fizikal atau perkembangan, penyakit kongenital atau penyakit serius lain yang memerlukan rawatan susulan yang kerap dan berterusan?</i></p> <p>(e) Are you aware if your spouse has any of the following medical conditions: congenital heart disorder, congenital brain and spinal cord disorder, congenital cataract, congenital deafness, cleft palate and/or lip, renal failure, liver disease (such as haemochromatosis) or any hereditary disease such as polycystic kidney disease, thalassaemia minor/major, haemophilia A, Huntington's disease, muscular dystrophy, cystic fibrosis, familial adenomatous polyposis that was diagnosed before age 60? Please provide name and address of your main doctor/clinic consulted for pregnancy. <i>Adakah anda maklum jika pasangan anda mempunyai mana- mana keadaan perubatan yang berikut: gangguan kongenital jantung, gangguan kongenital otak dan saraf tunjang, kongenital katarak, kongenital pekak, sumbing langit dan/atau bibir, kegagalan buah pinggang, penyakit hati (seperti hemakromotosis) atau penyakit keturunan yang lain seperti sakit buah pinggang polistik, thalasaemia yang minor/utama, haemophilia A, penyakit Huntington, distrofi muscular, fibrosis kistik, familial adenomatous, polyposis yang telah didiagnos sebelum umur 60 tahun?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Note : Compulsory to complete all the questions below / Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah	Policy Owner Pemilik Polisi		Life Assured Hayat yang Diinsuranskan		Joint Life Assured(Spouse) Orang Yang Diinsuranskan Bersama(Pasangan)	
	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak
12. CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY / UNTUK ANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA						
(a) Is the child born premature or pre-term/less than 37 weeks gestation? <i>Adakah anak dilahirkan pramatang/kurang Dalriada 37 minggu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) If "YES", please specify weeks at birth? <i>Jika "YA", sila nyatakan minggu ketika lahir.</i>	-----		-----		-----	
(ii) What was the birth weight? / Berapakah berat ketika lahir? (Kg)	-----		-----		-----	
(iii) Duration of hospital stay after birth? / Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan? (days/hari)	-----		-----		-----	
(b) Has the child ever been investigated, treated, advised to seek further treatment, under observation or follow up for any birth defects, congenital disorder, complications that requires hospitalisation during the first 30 days after birth, developmental slowness or abnormalities, chronic/persistent lung or respiratory disease, blood abnormalities, hereditary/genetic disease/disorder or any other physical defects or impairments? <i>Adakah anak pernah disiasat, dirawat, dinasihatkan untuk mendapatkan rawatan perubatan, dibawah pemerhatian atau susulan untuk sebarang kecacatan kelahiran, masalah kongenital, komplikasi yang perlu dihospitalkan dalam masa 30 hari pertama selepas lahir, perkembangan lambat atau abnormal, penyakit paru-paru atau saluran pernafasan yang kronik/berterusan, keabnormalan darah, penyakit yang diwarisi/genetik atau sebarang kecacatan fizikal atau kecacatan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. If any of the answers to questions is 'Yes', please give details in space provided with reference to the pointers stated below, if applicable.
Jika mana-mana jawapan kepada soalan adalah 'Ya', sila berikan butir-butir lanjut di dalam ruangan yang disediakan dengan merujuk kepada petunjuk dibawah, jika berkenaan

(i) Question Number/ Nombor Soalan : _____

Types of illness and Date of onset/Jenis penyakit dan Tarikh dihidapi : _____

Exact diagnosis / Diagnosis tepat : _____

Type of tests done, date, results and reason/Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab : _____

Duration and severity of illness/injury and date of last follow up :
Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir :

Type of treatment or follow up / Jenis rawatan atau susulan : _____

Current condition/Keadaan semasa : _____

Name and address of attending doctor/clinics or hospital/Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital yang merawat

Any other information and please submit medical report if any / Apa-apa maklumat lain dan sila kemukakan laporan perubatan jika ada

Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ii) Question Number/ Nombor Soalan :

Types of illness and Date of onset/Jenis penyakit dan Tarikh dihidapi :

Exact diagnosis / Diagnosis tepat :

Type of tests done, date, results and reason/Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab :

Duration and severity of illness/injury and date of last follow up :
Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir :

Type of treatment or follow up / Jenis rawatan atau susulan :

Current condition/Keadaan semasa :

Name and address of attending doctor/clinics or hospital/Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital yang merawat

Any other information and please submit medical report if any / Apa-apa maklumat lain dan sila kemukakan laporan perubatan jika ada

(iii) Question Number/ Nombor Soalan :

Types of illness and Date of onset/Jenis penyakit dan Tarikh dihidapi :

Exact diagnosis / Diagnosis tepat :

Type of tests done, date, results and reason/Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab :

Duration and severity of illness/injury and date of last follow up :
Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir :

Type of treatment or follow up / Jenis rawatan atau susulan :

Current condition/Keadaan semasa :

Name and address of attending doctor/clinics or hospital/Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital yang merawat

Any other information and please submit medical report if any / Apa-apa maklumat lain dan sila kemukakan laporan perubatan jika ada

STATEMENT OF DECLARATION BY POLICY OWNER, LIFE ASSURED, JOINT LIFE ASSURED (IF ANY)

KENYATAAN PENGAKUAN PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIINSURANSKAN, ORANG YANG DIINSURANSKAN BERSAMA (JIKA ADA)

1. I/We, declare that the information given in this form and in any required medical examination, questionnaire, amendment or other relevant document in connection with this application is true, full and complete and I/we have not withheld any important information.
Saya/Kami mengaku bahawa maklumat yang diberikan dalam permohonan ini serta sebarang pemeriksaan perubatan, soal selidik, pindaan yang diperlukan atau dokumen lain yang berkaitan dengan permohonan ini adalah benar, penuh dan lengkap dan saya/kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting.

For Office Use Only/
Kegunaan Pejabat Sahaja



Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. I/We have the duty to inform Zurich Life Insurance Malaysia Berhad (“ZLIMB”) of the change in the state of the health of the Life Assured/Spouse which occurred after the date of signing this application or which may have occurred before the date on which the application is accepted and I/We agree that upon failure of such disclosure, ZLIMB shall be entitled to reject this application.
Saya/Kami bertanggungjawab untuk memberitahu Zurich Life Insurance Malaysia Berhad (“ZLIMB”) mengenai perubahan kepada kesihatan Hayat Diinsuranskan/Pasangan yang telah berlaku selepas tarikh permohonan ini ditandatangani atau yang mungkin berlaku sebelum tarikh permohonan ini diluluskan dan Saya/Kami bersetuju bahawa atas kegagalan pendedahan sedemikian, ZLIMB berhak untuk menolak permohonan ini.
3. I/We hereby authorise any physician, hospital, clinic, insurance company or other organisation, institution or person that has any records or knowledge of me/us or any persons to be insured or my or our health, to disclose to ZLIMB or its representative any and all information about me or any persons to be insured with reference to my or our health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment and a photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.
Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami atau sesiapa yang akan diinsuranskan atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada ZLIMB atau wakilnya sebarang dan semua maklumat mengenai saya atau sesiapa yang akan diinsuranskan dengan merujuk kepada sejarah kesihatan dan perubatan saya atau kami dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit dan salinan fotostat kebenaran ini akan dianggap sebagai sah dan tulen sepertimana salinan asal.
4. I/We understand that ZLIMB requires me/us to provide and keep my/our personal information in ZLIMB’s record, including nationality, residential and mailing addresses, occupation, details regarding employer/business, and contact details updated. As such, I/we will provide ZLIMB with the updated personal information in the form ZLIMB requires together with this application, if the information in ZLIMB’s record is incomplete/becomes incorrect. I/We shall refer to www.zurich.com.my for the form required to update the information.
Saya/Kami faham bahawa ZLIMB memerlukan saya/kami memberi dan sentiasa mengemaskini maklumat peribadi saya/kami dalam rekod ZLIMB, termasuk kewarganegaraan, alamat rumah dan surat-menyurat, pekerjaan, maklumat tentang majikan/perniagaan, dan butiran perhubungan. Maka, saya/kami akan memberi ZLIMB maklumat peribadi yang terkini dalam borang yang dikehendaki oleh ZLIMB bersama dengan permohonan ini, jika maklumat dalam rekod ZLIMB adalah tidak lengkap/menjadi tidak betul. Saya/Kami akan merujuk kepada www.zurich.com.my untuk borang yang dikehendaki oleh ZLIMB untuk mengemaskinikan maklumat tersebut.

Signature of Policy Owner /Tandatangan Pemilik Polisi * Other than Individual, Company’s Stamp is required / Selain daripada individu, Cop Syarikat diperlukan	Name /Nama: _____
	Date/Tarikh: _____
	Place/Tempat: _____

Signature of Life Assured /Tandatangan Hayat Yang Diinsuranskan	Name /Nama: _____
	Date/Tarikh: _____
	Place/Tempat: _____

Signature of Joint Life Assured /Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan Bersama	Name /Nama: _____
	Date/Tarikh: _____
	Place/Tempat: _____

DECLARATION BY WITNESS
PENGISYTIHARAN SAKSI

I hereby certify that above signature(s) was/were made in my presence and that it is the signature(s) of the Policy Owner/Life Assured/Joint Life Assured under the policy mentioned above.
Saya dengan ini mengesahkan bahawa tandatangan di atas dibuat di hadapan saya dan tandatangan tersebut ialah tandatangan Pemilik Polisi/Hayat Yang Diinsuranskan/Orang Yang Diinsuranskan Bersama seperti yang disebut di atas.

* Signature of Witness /Tandatangan Saksi * Notes /Nota : The witness must be completed by an authorized Servicing Wealth Planner, Customer Service Representative or Notary Public. <i>Saksi mestilah seorang Ejen yang diberi kuasa, Wakil Khidmat Pelanggan atau Notari Awam.</i>	Name /Nama: _____
	Agent Code/ Staff ID /Ejen Kod/ ID Kakitangan : _____
	Date/Tarikh: _____
	Place/Tempat: _____

For Office Use Only/
Kegunaan Pejabat Sahaja



Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DECLARATION FOR AUTOMATED EXCHANGE OF TAX INFORMATION (AEI)
PENGISYTIHARAN PERTUKARAN AUTOMATIK MAKLUMAT CUKAI (AEI)

I declare and agree on behalf of myself and any person or persons, firm, or corporation, who may have or claims any interest in the above stated Policy by the following:

Saya mengakui dan bersetuju bagi pihak diri saya dan mana-mana orang, firma atau perbadanan, yang mungkin memepunyai atau menuntut apa-apa kepentingan ke atas Polisi tersebut seperti berikut:

Note: Please tick (✓) the appropriate box / Nota: Sila tandakan (✓) pada kotak yang sesuai

		Policy Owner Pemilik Polisi	
		Yes/ Ya	No/ Tidak
Individual/ Individu			
a.	Are you a Malaysia Resident for Tax Purpose? <i>Adakah anda sekarang Pemastautin Malaysia untuk Tujuan Cukai?</i>		
b.	Are you a United States Citizen or United States Resident/Taxpayer? <i>Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat atau Pemastautin/ Pembayar Cukai di Amerika Syarikat?</i>		
c.	Are you a Resident for Tax Purpose/ Taxpayer of any country other than Malaysia and United States? <i>Adakah anda seorang Pemastautin untuk Tujuan Cukai/ Pembayar Cukai mana-mana negara selain daripada Malaysia dan Amerika Syarikat?</i>		
Entity/Entiti			
d.	Is the Company/ Entity incorporated outside Malaysia? <i>Adakah Syarikat / Entiti diperbadankan di luar Malaysia?</i>		
e.	Is the controlling person(s) a tax resident anywhere other than Malaysia? <i>Adakah terdapat satu atau lebih individu yang mengawal Syarikat/Entiti tersebut di mana beliau adalah pemastautin cukai selain daripada Malaysia?</i>		

I declare that at this time, I am not a citizen, resident, or person to the taxation laws of any other country except for the country or jurisdiction which I have declared hereto. I hereby undertake to notify the Company in writing in the event that my status changes in the future, for any reason, causing me to become subject to any taxation law or legislation of any other country. I hereby grant that the Company my full and unconditional authority to notify any relevant foreign tax authority to which Company consider that the Company or I become subject as a result of any future change to my taxation status without giving me prior notice for such actions.

Saya memperakui bahawa pada masa ini, saya bukanlah warganegara, pemastautin atau orang yang tertakluk kepada undang-undang cukai negara-negara lain kecuali dan melainkan untuk negara-negara yang saya telah isytiharkan. Saya dengan ini bersetuju untuk memaklumkan kepada anda secara bertulis sekiranya berlaku perubahan status saya di masa depan, untuk apa jua sebab, menjadikan saya tertakluk kepada mana-mana undang-undang percukaian atau perundangan mana-mana negara lain. Saya dengan ini memberikan kebenaran tidak bersyarat untuk memaklumkan mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan, di mana menjadikan anda atau saya tertakluk kepada apa-apa perubahan pada status cukai saya pada masa depan tanpa perlu memberikan notis terlebih dahulu kepada saya untuk apa-apa tindakan yang berkaitan.

Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOTICE PERSONAL DATA PROTECTION ACT 2010
NOTIS AKTA PERLINDUGAN DATA PERIBADI 2010

By this Privacy Notice, we seek your consent on collection, processing, using, sharing of your information by and for Zurich Life Insurance Malaysia Berhad.

Dengan notis Privasi ini, kami ingin mendapatkan persetujuan anda untuk mengumpul, memproses, mengguna, dan berkongsi maklumat anda dengan dan untuk Zurich Life Insurance Malaysia Berhad.

1. *By signing up for any product offered by Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("The Company"), interacting with us and submitting your information to us, you have consented on collection, processing, using, sharing of your personal data including your sensitive personal data by and for Zurich Life Insurance Malaysia Berhad. The personal information of customers collected or held by Zurich Life Insurance Malaysia Berhad may be used by the Company for the following obligatory purposes necessary in providing services to the customers (otherwise the Company is unable to provide services to the customers who fail to provide the required information) which includes but not limited to:*
Dengan mendaftar untuk mana-mana produk yang ditawarkan oleh Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("Syarikat"), berinteraksi dengan kami dan menghantar maklumat anda kepada kami, anda telah bersetuju untuk mengumpul, memproses, mengguna dan berkongsi data peribadi anda termasuk data peribadi sensitif anda dengan dan untuk Zurich Life Insurance Malaysia Berhad. Maklumat peribadi pelanggan yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich Life Insurance Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat bagi tujuan berikut wajib perlu dalam menyediakan perkhidmatan kepada pelanggan (jika tidak syarikat tidak dapat menyediakan perkhidmatan kepada pelanggan yang gagal memberikan maklumat yang diperlukan) yang antara lain termasuk namun tidak terhad kepada:
 - i. *For the performance of the insurance contract;*
Untuk melaksanakan pelaksanaan kontrak insurans;
 - ii. *To comply with all applicable laws, rules, regulations, guidelines and/or other legal requirement;*
Untuk mematuhi semua undang-undang, peraturan, tetapan, garis panduan dan / atau keperluan perundangan;
 - iii. *To litigate, defend or respond accordingly to an actual or potential lawsuit or queries involving regulatory and non-regulatory bodies;*
Untuk mengendalikn, mempertahankan atau bertindak balas dengan sewajarnya terhadap tuntutan sebenar atau berpotensi atau pertanyaan yang melibatkan pihak berkuasa atau tidak;
 - iv. *To comply with the legitimate requests or order of the courts of Malaysia and regulators including but not limited to the Bank Negara Malaysia, Ministry of Finance, Polis Diraja Malaysia, auditors, governmental bodies and government-related establishments;*
Untuk mematuhi permintaan yang sah atau perintah mahkamah Malaysia dan badan berkuasa termasuk dan tidak terhad kepada Bank Negara Malaysia, Kementerian Kewangan, Polis Diraja Malaysia, juruaudit, pertubuhan kerajaan, pertubuhan yang berkaitan dengan kerajaan;
 - v. *To generally protect our rights and property and to ensure the technical competence and functioning of our systems;*
Secara umumnya untuk melindungi hak dan harta benda kami dan untuk memastikan kecekapan teknikal dan fungsi system kami;
 - vi. *For the purpose of conducting due diligence process;*
Untuk tujuan melaksanakan proses penelitian wajar;
 - vii. *For providing customer service;*
Menyediakan perkhidmatan pelanggan;
 - viii. *For research and development, analysis, product marketing, or study of customer's need purpose;*
Untuk penyelidikan dan pembangunan, analisis, pemasaran produk, atau kajian keperluan pelanggan;
 - ix. *For risk management purpose;*
Untuk tujuan pengurusan risiko;
 - x. *For all the other purposes incidental and associated with any of the above.*
Untuk semua tujuan lain yang berkaitan dan berhubung dengan perkara di atas.
2. *The Company may provide any personal information of customers to the following parties, within or outside of Malaysia, for the obligatory purposes which includes but not limited to:-*
Syarikat boleh memberikan apa-apa maklumat peribadi pelanggan kepada pihak berikut, di dalam atau di luar Malaysia, bagi tujuan tersebut yang antara lain termasuk namun tidak terhad kepada:-
 - i. *Individuals or Companies within the Zurich Insurance Group, or any other company carrying on insurance or reinsurance related business, or an intermediary;*
Individu atau Syarikat dalam Kumpulan Zurich Insurance, atau sebarang syarikat lain yang menjalankan perniagaan insurans atau insurans semula yang berkaitan, atau syarikat perantara;
 - ii. *any agent, contractor or third party service provider who provides services to the Zurich Insurance Group in connection with the operation of its business;*
mana-mana ejen, kontraktor atau pembekal perkhidmatan pihak ketiga yang menyediakan perkhidmatan kepada Kumpulan Zurich Insurance yang berkaitan dengan operasi perniagaan;
 - iii. *third party service providers including legal advisors, accountants, investigators, loss adjusters, reinsurers, medical and rehabilitation consultants, surveyors, specialists, repairers and data processors;*
pembekal perkhidmatan pihak ketiga termasuk penasihat undang-undang, akauntan, penyiasat, pentaksir kerugian, penanggung insurans semula, perunding perubatan dan pemulihan, juruukur, pakar mekanik, dan memproses data;

Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- iv. any person to whom the Zurich Insurance Group is under an obligation to make disclosure under the requirements of any law binding on the Zurich Insurance Group or any of its associated companies and for the purposes of any regulations, codes or guidelines issued by governmental, regulatory or other authorities with which the Zurich Insurance Group or any of its associated companies are expected to comply;
mana-mana pihak di bawah Kumpulan Zurich Insurance yang diwajibkan membuat pendedahan di bawah obligasi sebarang undang-undang yang wajib dipatuhi oleh Kumpulan Zurich Insurance atau mana-mana syarikat bersekutunya, kod atau garis panduan yang dikeluarkan oleh kerajaan, berkuasa atau pihak berwajib lain yang perlu dipatuhi oleh Kumpulan Zurich Insurance atau mana syarikat bersekutunya;
- v. any person to whom the Zurich Insurance Group is under an obligation to make disclosure under the requirements of any law binding on the Zurich Insurance Group or any of its associated companies and for the purposes of any regulations, codes or guidelines issued by governmental, regulatory or other authorities with which the Zurich Insurance Group or any of its associated companies are expected to comply;
mana-mana pihak di bawah Kumpulan Zurich Insurance yang diwajibkan membuat pendedahan di bawah obligasi sebarang undang-undang yang wajib dipatuhi oleh Kumpulan Zurich Insurance atau mana-mana syarikat bersekutunya, kod atau garis panduan yang dikeluarkan oleh kerajaan, berkuasa atau pihak berwajib lain yang perlu dipatuhi oleh Kumpulan Zurich Insurance atau mana syarikat bersekutunya;
- vi. any person pursuant to any order of a court of competent jurisdiction.
mana-mana pihak menurut sebarang perintah mahkamah yang mempunyai bidang kuasa sewajarnya.
3. Certain personal information collected or held by Zurich Life Insurance Malaysia Berhad may be used by the Company for voluntary purposes to provide marketing materials and conduct direct marketing activities in relation to Insurance and/or financial products and services of the Zurich Insurance Group. If you choose to opt-out and not to receive any marketing material from the Zurich Insurance Group, you may contact us and we will accommodate your request.
Maklumat peribadi tertentu yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich Life Insurance Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat untuk tujuan sukarela dalam membekalkan bahan pemasaran dan menjalankan aktiviti pemasaran langsung berhubung dengan insurans dan/atau produk perkhidmatan kewangan Kumpulan Zurich Insurance. Jika anda memilih untuk tidak memberi apa-apa bahan pemasaran daripada Kumpulan Zurich Insurance, anda boleh menghubungi kami dan kami akan memenuhi permintaan anda.
4. You may choose to receive marketing material from other service providers and/or other related services of business partners, with whom ZLIMB maintains business referral or other arrangements by ticking the adjacent box.
Anda boleh memilih untuk menerima bahan pemasaran daripada pembekal perkhidmatan dan/atau perkhidmatan lain yang berkaitan dengan rakan perniagaan, dengan siapa ZLIMB mengekalkan rujukan perniagaan atau urusan lain dengan menandakan kotak di sebelah.
5. All customers have the right to access, correct, or change any of their own personal information held by the Company, and to opt-out of the Company's use and transfer of their personal information for the voluntary purposes, by request in writing to the Company at the address below. Requests for opt-out must state clearly the full name, identity document number, policy number, telephone number and address of the person making such request.
Semua pelanggan berhak untuk mengakses, membetulkan, atau menggubah data peribadi mereka sendiri yang disimpan oleh Syarikat, dan untuk memilih keluar daripada penggunaan Syarikat dan tidak membenarkan penggunaan data peribadi secara sukarela. Permintaan untuk tidak membenarkan penggunaan data peribadi hendaklah disertakan dengan jelas nama penuh, nombor kad pengenalan, nombor polisi, nombor telefon dan alamat pemilik polisi.
6. The processing of your personal data is subject to Zurich Life Insurance Malaysia Berhad's Personal Data Protection Notice, as published on <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>
Pemprosesan data peribadi anda adalah tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi Zurich Life Insurance Malaysia Berhad, seperti yang disiarkan dalam <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>
7. If you wish to contact us or if you have any inquiries or complaints, please contact our Customer Care Office or write to us.
Sekiranya anda ingin menghubungi kami atau mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan, sila hubungi Pegawai Khidmat Pelanggan kami atau menulis kepada kami.
Postal: Zurich Life Insurance Malaysia Berhad
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia.
Website: www.zurich.com.my Email: callcentre@zurich.com.my
Contact Number : 1-300-888-622

We reserve the right to change our Privacy Notice from time to time in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010 and Personal Data Protection Code of Conduct for Insurance Industry.

Kami berhak untuk menukar Notis Privasi kami sejajar dengan keperluan yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 dan Kod Amalan Perlindungan Data Peribadi untuk Industri Insurans.

For Office Use Only/
Kegunaan Pejabat Sahaja



Policy Number
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STATEMENT OF DECLARATION BY POLICY OWNER, LIFE ASSURED, JOINT LIFE ASSURED (IF ANY)
KENYATAAN PENGAKUAN PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIINSURANSKAN, ORANG YANG DIINSURANSKAN BERSAMA (JIKA ADA)
SAKSI

Signature of Policy Owner /Tandatangan Pemilik Polisi * Other than Individual, Company's Stamp is required / Selain daripada individu, Cop Syarikat diperlukan	Name /Nama: _____ Date/Tarikh: _____ Place/Tempat: _____
---	--

Signature of Life Assured /Tandatangan Hayat Yang Diinsuranskan	Name /Nama: _____ Date/Tarikh: _____ Place/Tempat: _____
--	--

Signature of Joint Life Assured /Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan Bersama	Name /Nama: _____ Date/Tarikh: _____ Place/Tempat: _____
--	--

DECLARATION BY WITNESS
PENGISYTIHARAN SAKSI

I hereby certify that above signature(s) was/were made in my presence and that it is the signature(s) of the Policy Owner/Life Assured/Joint Life Assured under the policy mentioned above.
Saya dengan ini mengesahkan bahawa tandatangan di atas dibuat di hadapan saya dan tandatangan tersebut ialah tandatangan Pemilik Polisi/Hayat Yang Diinsuranskan/Orang Yang Diinsuranskan Bersama seperti yang disebut di atas.

* Signature of Witness /Tandatangan Saksi * Notes /Nota : The witness must be completed by an authorized Servicing Wealth Planner, Customer Service Representative or Notary Public. Saksi mestilah seorang Ejen yang diberi kuasa, Wakil Khidmat Pelanggan atau Notari Awam.	Name /Nama: _____ Agent Code/ Staff ID /Ejen Kod/ ID Kakitangan : _____ Date/Tarikh: _____ Place/Tempat: _____
---	---

Customer Service Center

Ground Floor, Block B, Plaza Zurich, 12, Jalan Gelenggang, Bukit Damansara, 50490 Kuala Lumpur.
(for other branches, please refer to company website)

☎ 1300-888-622 ✉ callcentre@zurich.com.my 🌐 www.zurich.com.my Customer portal : www.myzurichlife.com.my