

No. Tuntutan / Claim No.: _____

**BORANG PERMOHONAN TUNTUTAN HILANG UPAYA YANG MENYELURUH
DAN KEKAL UNTUK SIJIL TAKAFUL
TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM APPLICATION FORM
FOR TAKAFUL CERTIFICATE**

Borang ini harus diisikan oleh orang yang berhak di sisi undang-undang kepada wang Sijil Takaful. Sila patuhi syarat-syarat dan prosedur-prosedur yang dinyatakan di halaman belakang borang ini.
This form is to be completed by the person legally entitled to the Takaful Certificate monies. Please comply to the requirements and procedures as stated in the last page of this form.

Borang ini adalah untuk tuntutan Faedah Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal (TPD) di bawah sebarang Sijil Takaful yang berikut:
This form is for Total and Permanent Disability (TPD) Benefit claim under any of the following Takaful Certificate:

- i) Sijil Takaful Individu / Individual Takaful certificate
- ii) Sijil Takaful Berkelompok/ Group Takaful Certificate

<p>1. a) No. Sijil Takaful Takaful Certificate No.</p> <p>b) Nama Pihak Menuntut. Name of Claimant.</p> <p>c) Jumlah Dilindungi. Sum Covered.</p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
<p>2. Butir-butir Berkenaan Orang Yang Kehilangan Keupayaan. Particulars On The Person Disabled.</p> <p>a) Nama Peserta. Name of Participant.</p> <p>b) No. K/P. I/C No.</p> <p>c) No. Sijil Beranak bagi orang di bawah umur. Birth Certificate No. for minor.</p> <p>d) Tarikh Lahir. Date of Birth.</p> <p>e) Alamat. Address.</p> <p>f) Sila pastikan jika terdapat sebarang perubahan alamat supaya kami boleh mengemaskini matlumat anda. Please confirm if there is a change of address for us to update your records.</p> <p>g) Pekerjaan sebelum kehilangan keupayaan.</p>	<p>a)</p> <p>b) Lama: Baru: Old: New:</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f) Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Yes No</p> <p>g)</p>

<p>c) Jika kehilangan keupayaan disebabkan oleh kemalangan, sila berikan: <i>If disability was caused by accident, please give:</i></p> <p>i) Tarikh kemalangan. <i>Date of accident.</i></p> <p>ii) Masa. <i>Time.</i></p> <p>iii) Butir-butir mengenai keseluruhan kemalangan. <i>Full circumstances of the accident.</i></p> <p>d) Terangkan kehilangan keupayaan dengan penuh. <i>Describe the disability in full.</i></p> <p>e) Aspek-aspek kehilangan keupayaan yang menghalang pekerjaan. <i>Aspects of disability which prevent employment.</i></p> <p>f) Tarikh dijangka menyambung pekerjaan. <i>Date expected to resume work.</i></p>	<p>c)</p> <p>i)</p> <p>ii) Pagi AM Petang PM</p> <p>iii)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p>
<p>4. Butir-butir berkenaan Doktor-doktor yang telah dijumpai. <i>Particulars On Doctors Consulted.</i></p> <p>a) Tarikh perjumpaan kali pertama untuk kehilangan keupayaan / keadaan tersebut. <i>Date of first consultation for the disability / condition.</i></p> <p>b) Nama dan alamat doktor pertama yang dijumpai. <i>Name and address of doctor first consulted.</i></p> <p>c) Nama dan alamat semua doktor lain yang kini turut merawat kehilangan keupayaan / keadaan tersebut. <i>Name and address of doctors currently treating the disability / condition.</i></p> <p>d) Nama dan alamat semua doktor lain yang telah dijumpai untuk keadaan yang sama / kehilangan keupayaan. <i>Names and addresses of all other doctors</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p>

<p><i>consulted for same condition / disability.</i></p>																																									
<p>5. Butir-butir Berkenaan Sejarah Perubatan. <i>Particulars On medical History.</i></p> <p>Adakah orang yang kehilangan keupayaan pernah didiagnosiskan / menghadapi daripada sebarang yang berikut: <i>Had the person disabled ever been diagnosed / suffered from any of the following:</i></p> <p>a) Hipertensi. <i>Hypertension.</i></p> <p>b) Melitus Kencing Manis. <i>Diabetes Mellitus.</i></p> <p>c) Penyakit Kardiovaskular. <i>Cardiovascular Disease.</i></p> <p>d) Penyakit Ginjal. <i>Kidney Disease.</i></p> <p>e) Kanser atau Tumor. <i>Cancer or Tumour.</i></p> <p>f) Kehilangan keupayaan yang serupa / sama sebelumnya. <i>Similar / same disability previously.</i></p> <p>g) Narkotik atau alkohol berlebihan. <i>Excessive narcotic or alcohol consumption.</i></p> <p>h) Mempunyai tabiat mengambil sebarang bentuk dadah. <i>Any habit forming drugs.</i></p> <p>i) Pernah dirawat kerana tabiat penggunaan dadah, narkotik atau alkohol. <i>Have been treated for alcoholism or narcotic or drug habits.</i></p> <p>Jika ada, sila berikan diagnosis, tarikh bermula /</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="820 376 970 432">Diagnosis / <i>Diagnosis</i></th> <th data-bbox="970 376 1120 539">Tarikh bermula diagnosis / <i>Date of first onset diagnosis</i></th> <th data-bbox="1120 376 1315 595">Nama dan alamat doktor-doktor yang telah dijumpai / <i>Name and address of doctor(s) consulted</i></th> <th data-bbox="1315 376 1449 510">Tarikh rawatan / <i>Dates of treatment consulted</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="820 645 970 678">a)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="820 790 970 824">b)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="820 936 970 969">c)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="820 1081 970 1115">d)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="820 1227 970 1261">e)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="820 1373 970 1406">f)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="820 1518 970 1552">g)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="820 1664 970 1697">h)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="820 1809 970 1843">i)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Diagnosis / <i>Diagnosis</i>	Tarikh bermula diagnosis / <i>Date of first onset diagnosis</i>	Nama dan alamat doktor-doktor yang telah dijumpai / <i>Name and address of doctor(s) consulted</i>	Tarikh rawatan / <i>Dates of treatment consulted</i>	a)				b)				c)				d)				e)				f)				g)				h)				i)			
Diagnosis / <i>Diagnosis</i>	Tarikh bermula diagnosis / <i>Date of first onset diagnosis</i>	Nama dan alamat doktor-doktor yang telah dijumpai / <i>Name and address of doctor(s) consulted</i>	Tarikh rawatan / <i>Dates of treatment consulted</i>																																						
a)																																									
b)																																									
c)																																									
d)																																									
e)																																									
f)																																									
g)																																									
h)																																									
i)																																									

<p>diagnosis, nama-nama dan alamat-alamat semua doktor-doktor yang telah dijumpa dan tarikh-tarikh perjumpaan. <i>If so, please provide diagnosis, date of onset / diagnosis, names and addresses of all doctors consulted and dates of consultation.</i></p>	
<p>6. Sila berikan maklumat tabiat merokok Peserta bagi masa dulu dan sekarang. <i>Please give details of the Participant's smoking habits, both past and present.</i></p> <p>a) Adakah Peserta merokok? <i>Does the Participant smoke?</i></p> <p>i) Jika 'Ya', berapa batang rokok dalam sehari? <i>If "Yes", how many sticks does the Participant smoke in a day?</i></p> <p>ii) Apakah tempoh sebenarnya? <i>What is the exact duration?</i></p> <p>b) Jika 'Tidak', adakah Peserta bukan seorang perokok? <i>If 'No', is the Participant a non-smoker?</i></p> <p>c) Jika Peserta adalah seorang perokok sebelum ini, bilakah dia berhenti merokok? <i>If the Participant was a smoker in the past, then when did he / she stop smoking?</i></p>	<p>a)</p> <p>i)</p> <p>ii)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
<p>7. Butir-butir Berkenaan Pendidikan & Pendapatan <i>Particulars Of Education & Income</i></p> <p>a) Sila nyatakan kelayakan pendidikan rasmi <i>Please state formal educational qualification.</i></p> <p>b) Adakah gaji / upah / pendapatan diterima selepas kehilangan keupayaan? Jika ada, nyatakan: <i>Was there any salary / wages / income being received after the disability? If so, state:</i></p> <p>i) Punca pendapatan. <i>Source of income.</i></p> <p>ii) Jumlah yang diterima dan tarikh kali pertama menerima. <i>Amount received and date first</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>i)</p> <p>ii)</p>

<p><i>received.</i></p> <p>iii) Tarikh pendapatan dijangka berhenti. <i>Date when income expected to cease.</i></p>	<p>iii)</p>
<p>8. Butir-butir Berkenaan Sijil / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful Lain. <i>Particulars On Other Takaful / Non-Takaful Certificate(s).</i></p> <p>Jika orang yang kehilangan keupayaan juga dilindungi oleh Pengendali Takaful / Bukan yang lain, sila berikan: <i>If the person disabled is also covered with other Takaful / Non- Takaful Operator, please provide:</i></p> <p>a) Nama Pengendali Takaful / Bukan Tersebut. <i>The name of the Takaful / Non-Takaful Operator.</i></p> <p>b) No. Sijil / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful tersebut. <i>Takaful / Non-Takaful Certificate(s).</i></p> <p>c) Pelan dan jumlah dilindungi. <i>Plan and sum covered.</i></p> <p>d) Tarikh permulaan Sijil / Sijil-Sijil atau Bukan Takaful. <i>Takaful / Non-Takaful Certificate(s) commencement date.</i></p> <p>d) Tarikh penamatan Sijil / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful. <i>Takaful / Non-Takaful Certificate(s) expiry date.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p>
<p>9. Butir-butir Berkenaan Orang yang Melengkapkan Borang. <i>Particulars On Person Completing The Form.</i></p> <p>Jika borang ini diisikan oleh orang lain bagi pihak orang yang kehilangan keupayaan, sila berikan: <i>If this form is filled up by other person on behalf of the person disability, please provide:</i></p> <p>a) Nama penuh orang tersebut. <i>Full name of the person.</i></p> <p>b) No K/P. (sila lampirkan sesalinan K/P) I/C No. (please attach a copy of the I/C)</p> <p>c) Tarikh Lahir. <i>Date of Birth.</i></p>	<p>a)</p> <p>b) Lama: Baru: Old: New:</p> <p>c)</p>

<p>d) Hubungan dengan orang yang mengalami kehilangan keupayaan. <i>Relationship with the person suffered the disability.</i></p> <p>e) Telefon No. <i>No. Telephone.</i></p> <p>f) Alamat E-mel. <i>E-mail address.</i></p>	<p>d)</p> <p>e) Rumah: Pejabat: <i>House: Office:</i></p> <p>f)</p>
<p>9. Lain-lain. <i>Others.</i></p> <p>Pernahkah Pihak Menuntut menyerah hak atau memindah Sijil Takaful ini kepada orang lain dalam apa cara pun? Jika ya, sila berikan: <i>Has the Claimant ever assigned or transferred this Takaful Certificate to others in any way? If yes, please provide:</i></p> <p>a) Nama orang di mana Sijil Takaful diserahkan hak atau dipindahkan kepada. <i>Name of the person to whom the Takaful Certificate was assigned / transferred.</i></p> <p>b) Tarikh penyerahan hak. <i>The date of the assignment.</i></p> <p>c) Salinan disahkan benar suratikatan penyerahan hak. <i>A certified true copy of the deed of assignment.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
<p>10. Pernahkah Peserta menunaikan Haji? <i>Had the deceased performed his/her pilgrimage?</i></p>	<p>Ya <input type="checkbox"/> Bila: Yes When:</p> <p>Tidak <input type="checkbox"/> No</p>

Sila ambil perhatian bahawa Pengendali Takaful mungkin memerlukan penjelasan atau jawapan selanjutnya sebelum tuntutan dapat dipertimbangkan.
Please note that the Takaful Operator may require clarification or further answers before the Claim may be considered.

AKUAN OLEH ORANG YANG MENGISIKAN BORANG INI
DECLARATION BY PERSON FILLING UP THE FORM
 (* Sila batalkan di mana yang sesuai) / (*Delete as appropriate)

Dengan ini saya membuat perakuan bahawa jawapan-jawapan dan pernyataan-pernyataan yang diberikan oleh saya di atas adalah benar dan lengkap *kepada pengetahuan dan kepercayaan terbaik saya / sepertimana yang diberitahu kepada saya oleh orang yang mengalami Kehilangan Keupayaan, dan bahawa saya tidak menyembunyikan sebarang fakta yang penting dalam pemberian jawapan-jawapan dan pernyataan-pernyataan.

*I hereby declare that the answers and statements given by me above are true and complete * to the best of my knowledge and belief / as narrated to me by the person suffering the Disability, and that I have not withheld any material fact in my giving of the said answers and statements.*

2. *Saya / Bagi pihak orang yang mengalami Kehilangan Keupayaan, Saya, dengan ini membuat tuntutan ke atas Hong Leong MSIG Takaful Berhad ("Pengendali Takaful") berkenaan dengan wang Sijil Takaful yang harus dibayar dan/atau faedah-faedah yang genap masa dibayar di bawah No. Sijil / Sijil-Sijil Takaful _____ dan bersetuju bahawa pernyataan-pernyataan bertulis, laporan-laporan dan affidavit-afidavit oleh mana-mana doktor yang telah dijumpai oleh *saya / orang yang mengalami Kehilangan Keupayaan atau yang merawat *saya / orang sebegitu dan kesemua dokumen-dokumen lain yang diberikan kepada Pengendali Takaful tersebut dalam menyokong tuntutan ini akan terdiri daripada dan dengan ini dijadikan sebahagian bukti *Kehilangan Keupayaan yang Menyeluruh dan Kekal saya / orang yang mengalami Kehilangan Keupayaan yang Menyeluruh dan Kekal.

**I / On behalf of the person suffering the Disability, I, hereby make a claim on Hong Leong MSIG Takaful Berhad ("the Takaful Operator") in respect of the Takaful Certificate monies payable and / or the benefits due under Takaful Certificate(s) No.(s) _____ and agree that the written statements, report and affidavits of any doctor who was consulted by *me / the person suffering the Disability or who attended to * me / such person and all other documents furnished to the Takaful Operator in support of this claim shall constitute and are hereby make a part of the proof of * my Total and Permanent Disability / the Total and Permanent Disability of the person suffering the Disability.*

3. *Saya / Bagi pihak orang yang mengalami Kehilangan Keupayaan, Saya mengakui dan selanjutnya bersetuju bahawa pemberian borang ini atau sebarang borang atau dokumen yang lain kepada saya oleh Pengendali Takaful tersebut untuk dilengkapkan, penerimaan borang ini atau sebarang borang atau dokumen yang lain oleh Pengendali Takaful tersebut daripada saya atau daripada mana-mana orang lain, dan sebarang perbuatan, pertanyaan atau penyiasatan oleh Pengendali Takaful tersebut yang berhubungan dengan atau berkaitan dengan *Kehilangan Keupayaan yang Menyeluruh dan Kekal saya / orang yang mengalami Kehilangan Keupayaan yang Menyeluruh dan Kekal, tidak akan terdiri atau dianggap sebagai perakuan kepada sebarang liabiliti oleh Pengendali Takaful tersebut atau bahawa terdapat sebarang jaminan yang berkuatkuasa berkenaan dengan *Kehilangan Keupayaan yang Menyeluruh dan Kekal saya / orang yang mengalami Kehilangan Keupayaan yang Menyeluruh dan Kekal, atau bahawa Pengendali Takaful telah mengeneppikan sebarang hak-haknya atau pembelaan-pembelaannya.

** I / On behalf of the person suffering the Disability, I acknowledge and further agree that the furnishing of this form or of any other form or document to me by the Takaful Operator for completion, the acceptance of this form or of any other form or document by the Takaful Operator from me or from any other person, and any act, enquiry or investigation by the Takaful Operator in connection with or related to * my Total and Permanent Disability / the Total and Permanent Disability of the person suffering the Disability, shall not constitute or be considered an admission of any liability by the Takaful Operator or that there was any assurance in force in respect of *my Total and Permanent Disability / the Total and Permanent Disability of the person suffering the Disability, or that the Takaful Operator has waived any of its rights or defences.*

Bertarikh pada / Dated this _____ haribulan / day of _____

Ditandatangani oleh / Signed by : _____
 Nama / Name : _____
 No. K/P / I/C No. : _____
 Alamat / Address : _____

**PEMBERIAN KUASA
AUTHORIZATION**

Saya / I, _____ No. K/P atau / or I/C. No. (Baru / New) _____
(Lama / Old) _____ Dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana majikan, doktor-doktor, hospital-hospital, klinik-klinik, Pengendali-Pengendali Takaful, pejabat-pejabat kerajaan atau sebarang pertubuhan atau perseorangan yang mempunyai apa-apa rekod, pengetahuan atau maklumat, samada perubatan atau sebaliknya, tentang / hereby authorize any employers, doctors, hospitals, clinics, Takaful Operators, government offices or any organizations or persons who have any records, knowledge or information, whether medical or otherwise, of * (saya sendiri / anak saya / myself / my child) _____ No Sijil Beranak / Birth Certificate No _____ atau No. K/P / or I/C. No. (Baru / New) _____ (Lama / Old) _____ untuk mendedahkan, melepaskan atau memindahkan kepada Hong Leong MSIG Takaful Berhad / Medifast (Malaysia) Sdn Bhd mengenai rekod-rekod, pengetahuan atau maklumat sedemikian untuk mempertimbangkan tuntutan. Salinan fotostat pemberian kuasa ini akan menjadi sah seperti yang asal./ to disclose, release or transfer to Hong Leong MSIG Takaful Berhad / Medifast (M) Sdn Bhd such records, knowledge or information for claim considerations. A photostat of this authorization shall be as valid as the original.

* Sila potong perkara yang tidak berkenaan / * Please delete the inappropriate item

Bertarikh / Dated this _____ hari bulan /day of _____

Tandatangan Saksi
Signature of Witness
Nama / Name : _____
No K/P / I/C No. : _____

Tandatangan * Pihak Menuntut /
Peserta / Ibumama kepada
Peserta yang di bawah umur
16.
Signature of * Claimant / Participant /
Parent of Participant for Participant
below age 16

SYARAT-SYARAT DAN PROSEDUR-PROSEDUR TUNTUTAN HILANG UPAYA YANG MENYELURUH DAN KEKAL UNTUK SIJIL TAKAFUL
TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM REQUIREMENTS AND PROCEDURES
FOR TAKAFUL CERTIFICATE

A. Syarat-Syarat / Requirements

1. Borang Permohonan Tuntutan Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal (untuk Sijil Takaful)
Total and Permanent Disability Claim Application Form (on Takaful Certificate)

Borang ini harus dilengkapi oleh Pihak Menuntut. Ia adalah untuk tuntutan TPD di atas mana-mana Sijil Takaful yang berikut:

This form is to be completed by the Claimant. It is for TPD claim on any of the following Takaful Certificate:

- a) Sijil Takaful Individu
Individual Takaful Certificate
- b) Sijil Gadai Janji Takaful (MDTA)
Takaful Mortgage certificate (MDTA)

2. Laporan Doktor Yang Merawat Berkenaan Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal
Medical Attendant's Report On Total And Permanent Disability

Laporan ini mesti dilengkapi oleh Pengamal Perubatan yang berdaftar atas perbelanjaan pihak yang menuntut.
This report must be completed by a registered qualified physician at the claimant's own expense.

3. Sijil Takaful / Resit Deposit / Suratikatan Penyerahan Hak
Takaful Certificate / Deposit Receipts / Deed Of Assignment

Sijil Takaful Asal mesti dikembalikan kepada Pengendali Takaful jika ia telah dikeluarkan lebih awal oleh Pengendali Takaful. Suratikatan Penyerahan Hak Asal mesti dikemukakan jika Sijil Takaful ini telah diserahkan. Dalam keadaan di mana Sijil Takaful Asal telah hilang, akuan berkanun mesti ditandatangani di hadapan Pesuruhjaya Sumpah.
Original Takaful Certificate must be returned to the Takaful Operator if it has been earlier been issued by the Takaful Operator. Original Deed of Assignment must be submitted if the Takaful Certificate has been assigned. In the event that the Original Takaful Certificate has been lost, a statutory declaration must be signed before the Commissioner For Oaths.

4. Laporan Polis
Police Report

Salinan disahkan benar laporan polis diperlukan jika punca kehilangan keupayaan disebabkan oleh kemalangan dan jika laporan polis telah dibuat.
Certified true copy of the police report is required if the cause of disability was due to accident and if a report has been lodged to the police.

5. Laporan-laporan Makmal / Ujian
Laboratory / Test Report(s)

Salinan sebarang laporan makmal / ujian adalah diperlukan jika penyiasatan / ujian telah dilaksanakan dan jika laporan-laporan tersebut dapat diperolehi.
Copies of any laboratory / test reports are required if investigation / test have been carried out and if such reports are available.

6. Kad Pengenalan / Kad Pesakit / Sijil Kelahiran
Identity Card / Patient Card / Birth Certificate

Salinan fotostat kad pengenalan, kad pesakit atau sijil kelahiran Peserta jika Peserta di bawah umur enam belas (16) tahun adalah diperlukan untuk membolehkan Pengendali Takaful mengambil laporan perubatan daripada hospital-hospital / klinik-klinik.
Photocopy of Participant's identity card, patient card or birth certificate if Participant below age sixteen (16) is required to enable the Takaful Operator to collect medical report from hospital(s) / clinic(s).

7. Pemberian Kuasa
Authorization

Pemberian Kuasa ini mesti ditandatangani oleh orang yang mengalami kehilangan keupayaan untuk membolehkan Pengendali Takaful mendapatkan maklumat berkenaan dengan sejarah perubatan dan keadaan klinikal orang yang kehilangan keupayaan.

Authorization must be signed by the person disabled to enable the Takaful Operator to obtain the required information pertaining to the medical history and the clinical condition of the person disabled.

B. Prosedur Tuntutan / *Claim Procedures*

Borang permohonan tuntutan hilang upaya mesti dikemukakan kepada Pengendali Takaful bersama-sama dengan syarat-syarat yang dinyatakan di atas selepas enam (6) bulan dari tarikh permulaan kehilangan keupayaan tetapi tidak melebihi satu (1) tahun dari tarikh kehilangan keupayaan itu.

The TPD application claim form must be submitted to the Takaful Operator together with the requirements mentioned as above after six (6) months for date of commencement of disability but not later than one (1) year from date of such disability.

"Sekiranya terdapat apa-apa percanggahan atau ketidakselarian di antara sebarang kandungan dokumen ini dengan kandungan suatu versi dokumen ini yang dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris, kandungan dokumen yang telah dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris akan diberi keutamaan."

"If there is any conflict or inconsistency between any of the contents of this document and the contents of a version of this same document issued or printed in any other language, the contents of this document issued and printed in the English Language shall prevail."

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja / For Office Use Only

Diperiksa oleh : _____ Tarikh: _____ Cawangan: _____
Checked and Verified By: (Nama Staf / Name of Staff) Date: Branch: