

Borang Cadangan Allianz MediCure

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda memohon Insurans ini **sempurnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda**, anda mempunyai kewajiban mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan dan mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda ketahui ada berkaitan dengan keputusan kami menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, jika sebaliknya ini boleh menyebabkan kontrak terbatal, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak.

Kontrak Insurans Bukan Pengguna

Menurut Perenggan 4 (1) Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda **memohon Insurans bagi tujuan berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda**, anda mempunyai kewajiban untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan kami dalam menerima risiko dan dalam menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai dan apa-apa perkara yang seorang yang munasabah dalam hal keadaan itu boleh dijangka untuk tahu sebagai berkaitan, jika sebaliknya ini boleh menyebabkan kontrak terbatal, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak.

Kewajipan pendedahan ini bagi Kontrak Insurans Pengguna dan Bukan Pengguna akan berterusan sehingga masa kontrak tersebut di buat, diubah atau diperbaharui.

Anda juga mempunyai kewajiban memaklumkan kepada kami dengan segera sekiranya pada bila-bila masa, selepas kontrak insurans dibuat, diubah atau diperbaharui dengan pihak kami, sebarang maklumat yang diberikan adalah tidak tepat atau telah berubah.

Anda harus memastikan bahawa Borang Cadangan diisi dengan tepat kerana borang ini membentuk asas kontrak insurans dan hendaklah menjadi sebahagian daripada polisi insurans dengan Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad ("Syarikat/kami). Klausula asas kontrak ini adalah tidak terpakai jika anda adalah individu yang memohon insurans bagi tujuan tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda.

Pencadang dinasihatkan untuk membaca polisi dengan teliti dan memahami kandungannya. Anda digalakkan untuk mendapat penjelasan daripada Syarikat sekiranya perlu.

Liabiliti Syarikat hanya akan bermula setelah pihak Syarikat memberitahu bahawa Borang Cadangan telah diterima dan polisi sudah dikeluarkan ataupun polisi telah dikeluarkan.

Jangka masa yang biasa diperlukan untuk menerbitkan polisi insurans adalah seperti yang dinyatakan dalam Piagam Perkhidmatan Pelanggan Syarikat boleh didapati di laman web Syarikat di allianz.com.my.

Anda berhak untuk memulangkan atau membatalkan polisi anda dengan memberikan notis bertulis dan memulangkan polisi kepada kami dalam tempoh masa lima belas (15) hari ("tempoh bertenang") atau tempoh yang lebih lama sebagaimana yang ditentukan oleh Bank Negara Malaysia dari tarikh anda menerima polisi, sekiranya, atas sebab apa pun, anda tidak berpuas hati dengan polisi ini. Sekiranya dikembalikan, polisi ini akan dianggap tidak sah dari awal dan Kami akan membayar semua premium yang telah dibayar untuk polisi ini dan ditolak sebarang perbelanjaan ke atas pemeriksaan perubatan (jika ada).

Penggantian polisi sedia ada dengan polisi yang baru mungkin tidak membawa faedah. Jika anda merancang untuk berbuat demikian, kami mencadangkan anda mendapatkan nasihat dari syarikat insurans anda sebelum membuat keputusan muktamad.

Sila simpan resit rasmi sebagai bukti pembayaran.

Tempoh Insurans:

Kod Ejen:

Dari - - Hingga - - -




Sila lengkapkan dengan HURUF BESAR/Tandakan di kotak yang sesuai.

BAHAGIAN 1 - MAKLUMAT PENCADANG

Gelaran	Tuan	Puan	Cik	Lain-lain (sila nyatakan)
Nama	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alamat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poskod	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bandar	<input type="text"/>
Negeri	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Negara	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. Telefon Bimbit	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	No. Telefon <input type="text"/> - <input type="text"/>
e-mel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jenis ID	Kod: [01] Kad Pengenalan Baru [02] Kad Pengenalan Lama/Lain-lain [03] Pasport [04] Polis/Tentera [05] No. Pendaftaran Syarikat			
No. ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tarikh Lahir	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Jantina <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
Tinggi	<input type="text"/>	sm	Berat <input type="text"/>	kg
Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysia	<input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan)		
Pekerjaan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Jenis Perniagaan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nota: Jenis Perniagaan diperlukan sekiranya Pencadang merupakan Badan Korporat.

Pusat Khidmat Pelanggan Allianz

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
 Pusat Hubungan Allianz: 1 300 22 5542 E-mel: customer.service@allianz.com.my   AllianzMalaysia  allianz.com.my



PBPFE090800

BAHAGIAN 2 - SOALAN-SOALAN SELIDIK

No.	Soalan-soalan	Ya	Tidak
1.	Pernahkan permohonan anda bagi mana-mana Insurans Perubatan dan Kesihatan atau Insurans Nyawa telah ditolak, dihadkan atau diterima dengan terma yang telah diubahsuai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<p>Pernahkah anda menghidapi atau diberitahu yang anda menghidap atau menerima rawatan perubatan atau dibawah ubatan atau dimasukkan ke dalam hospital untuk:</p> <p>(a) Kanser/Karsinoma/Malignansi, Leukemia, Palsi Serebrum, Epilepsi, HIV (Virus Kurang Daya Ketahanan Melawan Penyakit), AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit), Penyakit Autoimun, Eritematosus Lupus Sistemik (SLE), Psikiatri/Mental, Gangguan Saraf, Autisme atau Sindrom Down?</p> <p>(b) Kencing manis, Darah Tinggi, Kolesterol Tinggi, Sakit Dada, Palpitasi, Serangan Jantung, Strok atau Penyakit-penyakit Jantung atau Pembuluh Darah, Penyakit Buah Pinggang?</p> <p>(c) Asma, Bronkitis, Pneumonia, Tuberkulosis, Penyakit Paru-paru atau Gangguan Pernafasan?</p> <p>(d) Hernia, Ulser Peptik, Gastrik, Penyakit Usus atau Perut?</p> <p>(e) Demam Kuning, Penyakit Hati atau Pundi Hempedu atau sebarang jenis Hepatitis?</p> <p>(f) Protein atau Darah yang berterusan dalam Air Kencing, Batu Karang, masalah prostat, Sistem Genito-Urinari?</p> <p>(g) Beguk atau Penyakit Tiroid, Endocrine atau kelenjar lain?</p> <p>(h) Sista, Ketumbuhan, Ketulan atau Tumor atau apa-apa jenis Penyakit Kulit?</p> <p>(i) Penyakit Mata, Telinga, Hidung, Mulut atau Tekak?</p> <p>(j) Penyakit Kelamin (contohnya Gonorea, Sifilis)?</p> <p>(k) Arthritis, Gout, Reumatisme atau Penyakit atau Gangguan Otot, Tulang atau Sakit Belakang atau Gangguan Spina, Vena Varikos atau Trombosis Vena Dalam?</p> <p>(l) Batu Karang di dalam sistem Pundi Kencing atau Hempedu?</p> <p>(m) Apa-apa Kesakitan, Penyakit, Kecederaan, Hilang Upaya yang tidak disebutkan di atas?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<p>Adakah anda mengalami apa-apa Gangguan Fizikal, Keuzuran atau Keabnormalan atau keadaan Kongenital? Jika ya, sila lengkapkan Aktiviti Kehidupan Sehari-hari di bawah:</p> <p>(a) Duduk atau bangun dari kerusi tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal pihak ketiga.</p> <p>(b) Bergerak dari bilik ke bilik tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal pihak ketiga.</p> <p>(c) Dapat mengawal sistem dan fungsi perkumuhan dan kencing bagi mengekalkan kebersihan diri.</p> <p>(d) Memakai dan menanggalkan semua pakaian yang perlu tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal pihak ketiga.</p> <p>(e) Mampu untuk mandi (termasuklah kemampuan keluar daripada tempat mandian) atau membasuh dengan apa-apa cara.</p> <p>(f) Berkemampuan secara fizikal untuk makan dan meletakkan makanan ke dalam mulut.</p> <p>Nota: *Aktiviti-aktiviti Kehidupan Harian bermaksud kemampuan untuk melakukan aktiviti-aktiviti di atas.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Pernahkah anda menjalani apa-apa prosedur pembedahan atau dinasihatkan untuk menjalani prosedur pembedahan tetapi anda kemudian tidak menjalani prosedur tersebut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pernahkah anda dalam masa dua belas (12) bulan yang lalu menjalani atau dinasihatkan menjalani sebarang Elektrokardiogram, sinaran-X, Ujian Darah atau Kencing, Biopsi atau Ujian Diagnostik yang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<p>Perempuan sahaja</p> <p>(a) Adakah anda sedang mengandung? Jika Ya, berapa bulan kandungan anda? <input type="text"/> <input type="text"/> Bulan</p> <p>(b) Pernahkah anda menghidapi sebarang penyakit Payudara atau Organ Wanita, Masalah Haid, Abnormal Pap smear atau komplikasi semasa melahirkan anak?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<p>Kanak-kanak di bawah umur 2 tahun</p> <p>Adakah kanak-kanak ini lahir secara pra-matang atau tidak cukup bulan? Jika Ya, sila nyatakan bulan/minggu dilahirkan?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Bulan <input type="text"/> <input type="text"/> Minggu</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Sekiranya Pencadang adalah Badan Korporat, soalan ini hanya terpakai sekiranya jumlah yang orang yang diinsuranskan antara 1 hingga 20 orang sahaja.

Sekiranya mana-mana jawapan adalah 'Ya' bagi soalan di atas, sila berikan butiran di bawah dengan menulis nombor bagi jawapan tersebut supaya ia menyamai nombor soalan.

No.	Butiran-butiran

BAHAGIAN 3 - BUTIRAN DOKTOR TETAP

Nama Doktor	Alamat	No. Telefon	Tarikh Konsultasi Terakhir	Sebab-sebab Konsultasi

Sila lampirkan kertas berasingan jika ruang tidak mencukupi.

BAHAGIAN 4 - PELAN DIPERLUKAN DAN BUTIRAN PREMIUM, SILA TANDAKAN PELAN YANG DIPILIH

Pelan Diperlukan	Tunai	Tanpa Tunai*	Premium (RM)	Deduktibel (Pilihan)	Jumlah Premium (RM)
<input type="checkbox"/> Pelan 1 HTK RM50,000				<input type="checkbox"/> Pilihan 1 RM10,000	
<input type="checkbox"/> Pelan 2 HTK RM80,000				<input type="checkbox"/> Pilihan 2 RM20,000	
<input type="checkbox"/> Pelan 3 HTK RM120,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pilihan 3 RM30,000	
<input type="checkbox"/> Pelan 4 HTK RM150,000				<input type="checkbox"/> Pilihan 4 RM40,000	
<input type="checkbox"/> Pelan 5 HTK RM250,000				<input type="checkbox"/> Pilihan 5 RM50,000	
Fee MCO (RM)					
Cukai Perkhidmatan (RM)					
Duti Setem (RM)					
Jumlah Yang Perlu Dibayar (RM)					

- Nota: 1. *Fee MCO RM19.44 (termasuk 8% Cukai Perkhidmatan) akan dicaj secara berasingan untuk Pelan Tanpa Tunai.
 2. Bagi Badan Korporat, premium tertakluk kepada 8% Cukai Perkhidmatan.
 3. Premium tertakluk kepada Duti Setem RM10.
 4. Amaun Cukai Perkhidmatan ("CP") di sini mungkin tertakluk kepada perubahan kerana kadar CP yang digunakan hendaklah berdasarkan kadar semasa mengikut undang-undang Malaysia.

BAHAGIAN 5 - KAEDAH PEMBAYARAN

Saya sertakan wang tunai/cek RM _____ dibayar kepada Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad.

No. Cek:

PEMBAYARAN KAD KREDIT/DEBIT

Jenis Kad Kad Kredit Kad Debit
 Kad Kredit/Debit Master Card Visa

KEBENARAN DEBIT LANGSUNG

Pemegang Kad dengan ini memohon dan memberi kebenaran kepada Syarikat untuk mendebit premium dan amaun yang harus dibayar sebagai Cukai Perkhidmatan ke akaun kad kredit/debit untuk polisi insurans yang dipohon di sini.

Nama Pemegang Kad	<input type="text"/>	Jumlah Premium (RM):
	<input type="text"/>	Jumlah Yang Perlu Dibayar (RM):
No. Akaun Pemegang Kad	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Tarikh Luput: <input type="text"/> / <input type="text"/>
Bank Pengeluar	<input type="text"/>	
Hubungan dengan Pencadang	<input type="checkbox"/> Kod: [01] Sendiri [02] Suami/isteri [03] Ibu bapa [04] Anak-anak	

- Nota: 1. Bayaran premium melalui Kad Kredit/Debit dibenarkan sekiranya Pemegang Kad membayar polisinya sendiri atau polisi ahli keluarga iaitu suami/isteri, ibu bapa atau anaknya.
 2. Syarikat berhak untuk membatalkan polisi atau pembaharuan secara serta merta jika hubungan Pencadang dan Orang Yang Diinsuranskan dengan Pemegang Kad didapati tidak benar.

BAHAGIAN 6 - TERMA DAN SYARAT UNTUK BAHAGIAN PEMBAYARAN SAHAJA

- Pemegang Kad dengan ini memberi kuasa kepada Syarikat untuk mengenakan caj kad Kad Kredit/Debit untuk pembayaran premium insurans bagi polisi ini seperti yang dinyatakan di atas untuk faedah Pencadang dan/atau Orang Yang Diinsuranskan.
- Pencadang dan Pemegang Kad memahami bahawa polisi ini akan berkuatkuasa selepas berjaya mendapatkan: (1) kelulusan daripada syarikat kad kredit/debit yang berkenaan untuk arahan debit langsung berdasarkan butir-butir yang berkaitan di sini; dan (2) kelulusan pengunderaitan dari Syarikat berdasarkan borang cadangan dan/atau permintaan pembaharuan.
- Pencadang dan Pemegang Kad memahami dan bersetuju bahawa bagi pembaharuan untuk polisi dan mengikut arahan pembayaran diatas, Kad Kredit/Debit akan terus dikenakan untuk pembaharuan kecuali Pencadang memaklumkan pihak Syarikat sebaliknya.
- Pencadang dan Pemegang Kad memahami bahawa polisi ini atau pembaharuan tidak akan berkuatkuasa jika permohonan kebenaran debit langsung telah ditolak oleh syarikat kad kredit/debit.

- Pencadang dan Pemegang Kad bersetuju dan mengakui bahawa Syarikat dan/atau pembekal perkhidmatan boleh mengumpul, menggunakan dan memproses maklumat peribadi (sama ada diperolehi dalam bentuk ini atau diperolehi secara lain) dan memberikan maklumat tersebut selaras dengan Kenyataan Privasi Syarikat (Notis kepada Pelanggan Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad pada Akta Perlindungan Data Peribadi 2010) yang boleh didapati di laman web Syarikat di allianz.com.my.
- Pencadang dan Pemegang Kad mengisytiharkan bahawa pada masa permohonan, Pencadang dan Pemegang Kad tidak pernah disabitkan dan tidak melakukan atau terlibat dalam sebarang kesalahan di bawah Akta Pencegahan Penggubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001 ("AMLATFPUAA") dan seksyen 130N, 130O, 130P atau 130Q Kanun Keseksaan.
- Pencadang dan Pemegang Kad selanjutnya bersetuju dan setuju bahawa jika Syarikat mendapati maklumat ini tidak benar, Syarikat berhak untuk membatalkan polisi ini atau pembaharuan dan menggantung sebarang tuntutan di bawah polisi ini.
- Pencadang dan Pemegang Kad dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas dalam arahan tetap ini adalah betul dan benar. Sekiranya terdapat apa-apa perubahan kepada atau pembatalan arahan di atas, Pencadang dan Pemegang Kad akan memberitahu Syarikat berkenaan ini secara bertulis atau memberi arahan tetap yang baru. Pencadang dan Pemegang Kad mengakui bahawa segala Terma dan Syarat pembayaran secara Kad Kredit/Debit dipersetujui akan terpakai dan salinan Terma dan Syarat akan disediakan atas permintaan.

Tandatangan Pencadang										Tandatangan Pemegang Kad											
Nama										Nama											
Jenis ID*											Jenis ID*										
No. ID										No. ID											
Tarikh	HH	-	BB	-	TTTT					Tarikh	HH	-	BB	-	TTTT						

- Nota: 1. Jenis ID*: [01] Kad Pengenalan Baru [02] Kad Pengenalan Lama/Lain-lain [03] Pasport [04] Polis/Tentera [05] No. Pendaftaran Syarikat
 2. Jika Orang Yang Diinsuranskan adalah kanak-kanak yang berumur di bawah lapan belas (18) tahun, cadangan ini hendaklah ditandatangani oleh ibu bapa/penjaga. Sila nyatakan Nama, Jenis ID dan No. ID Ibu Bapa/Penjaga.
 3. Jika Pemegang Kad adalah Pencadang, sila tandatangi pada bahagian Pemegang Kad sahaja.

BAHAGIAN 7 - PENYERAHAN OLEH PERANTARA

Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas diberikan oleh Pencadang dan/atau Pemegang Kad dan saya telah menyaksikan tandatangan Pencadang dan/atau Pemegang Kad.

Perantara										No Telefon Bimbit									
Nama										No. Telefon									
Kod Perantara										Tarikh	HH	-	BB	-	TTTT				

BAHAGIAN 8 - BUTIRAN BANK (PILIHAN)

Jenis Akaun	<input type="checkbox"/> Simpanan <input type="checkbox"/> Semasa <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan)										
Nama Pemegang Akaun											
No. Akaun											
Nama Bank											
Alamat Bank											
Poskod			Bandar								
Negeri											
Negara											
ID Dikemukakan sewaktu membuka akaun untuk pengesahan											
Jenis ID	Kod: [01] Kad Pengenalan Baru [02] Kad Pengenalan Lama/Lain-lain [03] Pasport [04] Polis/Tentera [05] No. Pendaftaran Syarikat										
No. ID											

Nota: 1. Untuk pembayaran balik premium/pembayaran tuntutan (jika berkenaan).

BAHAGIAN 9 - PENDEDAHAN MAKLUMAT PERIBADI DAN PRIVASI DATA

Perlindungan terhadap privasi anda adalah sangat penting bagi kami. Sila lawati laman web kami di allianz.com.my untuk melihat Kenyataan Privasi NOTIS KEPADA PELANGGAN-PELANGGAN ALLIANZ GENERAL INSURANCE COMPANY (MALAYSIA) BERHAD BERKENAAN DENGAN AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010 ("Kenyataan Privasi").

Pendedahan dan Kebenaran

Maklumat peribadi yang diberikan pada polisi ini digunakan oleh Syarikat, pembekal perkhidmatan dan agennya untuk membenarkan Syarikat untuk memberikan perlindungan insurans yang dipohon dan memudahkan fungsi Syarikat sebagai syarikat insurans mengikut Kenyataan Privasi Syarikat. Dengan menandatangani borang cadangan ini, anda sebagai Pencadang dan/atau Pemegang Kad, memberi kebenaran untuk menggunakan data peribadi anda untuk tujuan yang dinyatakan dalam Kenyataan Privasi Syarikat. Sekiranya anda memberikan data peribadi individu yang lain, anda telah mengesahkan bahawa anda sudah mendapat kebenaran untuk melakukannya daripada individu tersebut.

BAHAGIAN 10 - PENGISYTIHARAN

Saya dengan ini mengaku bahawa semua jawapan dalam borang cadangan ini adalah betul dan benar. Saya dengan ini membenarkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau sesiapa yang merawat saya atas sebarang sebab untuk mendedahkan apa-apa sahaja kepada Syarikat dan kesemua maklumat berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan dan mengemukakan salinan semua hospital atau rekod/sijil perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan surat kebenaran ini akan dianggap memadai dan sah sepertimana yang asal. Saya mengakui bahawa liabiliti Syarikat tidak akan bermula sehingga cadangan ini diterima dan premiumnya dibayar kepada Syarikat.

Untuk Pelanggan Individu

Tandatangan Pencadang		Tandatangan Saksi	
Nama	<input type="text"/>	Nama	<input type="text"/>
Jenis ID	<input type="text"/> Kod: [01] Kad Pengenalan Baru [02] Kad Pengenalan Lama/Lain-lain [03] Pasport [04] Polis/Tentera	Jenis ID	<input type="text"/> Kod: [01] Kad Pengenalan Baru [02] Kad Pengenalan Lama/Lain-lain [03] Pasport [04] Polis/Tentera
No. ID	<input type="text"/>	No. ID	<input type="text"/>
Tarikh	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tarikh	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Nota: 1. Jika Orang Yang Diinsuranskan adalah kanak-kanak yang berumur di bawah lapan belas (18) tahun, cadangan ini hendaklah ditandatangani oleh ibu bapa/penjaga. Sila nyatakan Nama, Jenis ID dan No. ID Ibu Bapa/Penjaga.

Untuk Pelanggan Syarikat

Disaksikan Oleh:	Untuk dan Bagi Pihak Majikan	Cap Majikan
Tandatangan		
Nama	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jawatan	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tarikh	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	