

PROPOSAL FOR INVESTMENT-LINKED PLAN
BORANG PERMOHONAN UNTUK PELAN PELABURAN

Branch Code **MBSB** **PFI**
Kod Cawangan

Certificate Number _____
No Sijil

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

- Pursuant to the provisions of the Certificate, you are to disclose in this Application Form, fully and truthfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the contract issued hereunder may be void.
Menurut peruntukan-peruntukan Sijil, anda hendaklah menyatakan di dalam Borang Permohonan ini secara penuh dan jujur segala fakta yang anda tahu atau yang anda patut tahu, jika tidak kontrak ini boleh menjadi tidak sah.
- Age of Participant and Certificate Holder (if applicable) should be admitted preferably at inception, so that documentary proof of age will no longer be required when making payments under this certificate. The following items are considered as satisfactory proof of age: identity card, birth certificate and passport.
Umur Peserta dan Pemegang Sijil (jika ada) hendaklah diakui seboleh-bolehnya semasa sijil berkuatkuasa, agar pembuktian umur secara berdokumen tidak diperlukan semasa membuat bayaran di bawah sijil ini. Butir-butir berikut boleh digunakan sebagai pembuktian umur: kad pengenalan, sijil beranak, dan passport.
- Please ensure that you study the brochure and sales illustration in respect of the takaful product that you are intending to purchase by paying particular attention to benefits that are guaranteed. Please also enquire about the duties of the Certificate Holder under the certificate contract.
Sila pastikan bahawa anda telah membaca risalah-risalah dan penjelasan penjualan produk takaful yang anda ingin membeli terutamanya memberi perhatian kepada faedah-faedah yang terjamin. Sila bertanya tentang tanggungjawab-tanggungjawab Pemegang Sijil di bawah kontrak sijil.
- Any amendments must be countersigned by the Certificate Holder / Participant. Correction fluid is strictly not allowed.
Sebarang pembetulan mestilah ditandatangani oleh Pemunya Sijil/Peserta. Cecair pembetulan adalah tidak dibenarkan sama sekali.
- The Operator shall provide you the brochure and sales illustration together with this proposal form.
Pihak Pengendali akan memberikan risalah dan ilustrasi jualan bersama-sama dengan borang cadangan ini.
- The general time frame for issuance of contract document for this products is 21 working days after the fund closed.
Anggaran masa untuk mengeluarkan dokumen kontrak ini ialah 21 hari bekerja selepas dana ditutup.
- Participant is at liberty to participate or not to participate in any of the several products covered by the proposal form.
Peserta adalah bebas untuk menyertai atau tidak menyertai mana-mana produk yang ditawarkan di dalam borang cadangan ini.

Please tick (✓) in the relevant box / Sila tanda (✓) dalam kotak yang berkaitan

SECTION A. DETAILS OF PARTICIPANT
SEKSYEN A. BUTIR-BUTIR PESERTA

Full name of Participant (As per IC) / Nama penuh Peserta (mengikut Kad Pengenalan)

ROS LI BIN ALI

Date of Birth (DD/MM/YY) / Tarikh Lahir (Hari/Bulan/Tahun)

28/07/1985

Gender / Jantina

☒ Male / Lelaki

☐ Female / Perempuan

New NRIC No. / No. Kad Pengenalan Baru

8510728-05-5693

Race / Bangsa

☒ Malay / Melayu

☐ Chinese / Cina

☐ Indian / India

☐ Others / Lain-lain

Old NRIC No/Passport / No. K. Pengenalan Lama/ Pasport

Religion / Agama

☒ Islam / Islam

☐ Buddhism / Buddha

☐ Hinduism / Hindu

☐ Christian / Kristian

☐ Sikhism / Sikh

☐ Others / Lain-lain

Age Next Birthday / Umur pada tarikh lahir akan datang

27

Occupation / Pekerjaan

TEACHER

Citizenship / Warganegara

☒ Malaysian / Malaysia

☐ Others / Lain-lain

Nature of Business / Jenis Perniagaan

EDUCATION

Monthly Income / Pendapatan Bulanan

RM **2700**

Marital Status / Taraf perkahwinan

☒ Single / Bujang

☐ Married / Berkahwin

☐ Widowed / Balu/duda

☐ Divorced / Bercera

Alamat Kediaman / Residence Address

NO 18, JALAN RAJA MUDA 2/4
KAMPUNG BARU

Poskod / Postcode

50300

Town / Bandar

KUALA LUMPUR

State / Negeri

WILAYAH PERSEKUTUAN

Alamat Pejabat / Office Address

SEKOLAH KEBANGSAAN TAMAN DESA
JALAN DESA UTAMA, TAMAN DESA

Poskod / Postcode

58100

Town / Bandar

KUALA LUMPUR

State / Negeri

WILAYAH PERSEKUTUAN

Telephone (Home) / Telefon (Rumah)

Telephone (Office) / Telefon (Pejabat)

H/P / Telefon Bimbit

0198888888

E-mail Address / Alamat E-mail

Send correspondence to
Surat-menyurat kepada

☒ Residence
Alamat kediaman

☐ Business Address
Alamat Perniagaan

SECTION D. CHOICE OF FUND
SEKSYEN D. PILIHAN DANA

[illegible]

Choice of Fund / *Pilihan Dana*

☐ HLMT i-Income Fund ☒ HLMT i-Balanced Fund

I chose to treat any excess contribution as a top up to my PIA account [Yes / No]. If not, any excess contributions will be refunded back to me.

Saya memilih untuk menganggap sebarang lebihan sumbangan sebagai tambahan kepada akaun PIA [Ya / Tidak]. Jika tidak, sebarang lebihan akan dipulangkan kepada saya.

SECTION E. HEALTH DETAILS
SEKSYEN E. BUTIR-BUTIR KESIHATAN

Tick (/*) where applicable / Tandakan (/*) yang mana sesuai**

Participant / Peserta		Certificate Holder / Pemilik Sijil		Participant / Peserta		Certificate Holder / Pemilik Sijil		
1.	Height <u>165</u> cm Tinggi	Weight <u>60</u> kg Berat	Height _____ cm Tinggi	Weight _____ kg Berat	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>2. Have any of your proposal for or reinstatement of takaful coverage, accident, or health coverage, ever been declined, postponed, rated up or in any way modified? <i>Pernahkah mana-mana cadangan anda bagi mendapatkan perlindungan takaful, kemalangan atau kesihatan atau pengembalian semula sijil ditolak, ditangguhkan, dikadarkan atau dengan apa-apa cara diubah suai?</i></p>					Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>3. Are you now engaged or do you intend to engage in aviation (other than as a fare-paying passenger on a scheduled air route), or any hazardous occupations, activities, sports or pursuits? <i>Adakah anda terlibat atau adakah anda bercadang untuk melibatkan diri dalam apa-apa kegiatan penerbangan (selain daripada sebagai penumpang yang membayar tambang dengan penerbangan berjadual yang biasa), atau apa-apa pekerjaan, aktiviti, sukan atau hobi yang biasa, atau apa-apa pekerjaan, aktiviti, sukan atau hobi yang berbahaya?</i></p>					Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>4. Have any of your parents or siblings ever had or died from a hereditary disease, heart disease, stroke, high blood pressure, cancer, liver disease, kidney disease, diabetes, paralysis, epilepsy, mental disease, tuberculosis or AIDS (Acquired Human Immunodeficiency Syndrome)? (If "Yes", please provide details such as age(s) at death/diagnosis, relationship and cause of death or condition(s)). <i>Adakah sesiapa dari ahli keluarga terdekat anda pernah menghadapi atau meninggal dunia akibat sebarang penyakit keturunan, penyakit jantung, angin ahmar (strok), tekanan darah tinggi, barah (kanser), penyakit hati, sakit buah pinggang, kencing manis, cacat keupayaan, sawan, penyakit otak atau mental, batuk kering atau AIDS (sindrom kurang daya tahan penyakit)? (Jika "Ya", sila nyatakan maklumat terperinci seperti umur pada kematian/kejadian, hubungan dengan pemohon, dan sebab kematian/penyakit yang dihadapi).</i></p>					Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

5. Have you ever taken any drugs or narcotics or consumed alcohol excessively or been treated for alcoholism or drug addiction?

Pernahkah anda mengambil apa-apa dadah atau meminum alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat kerana ketagihan alkohol atau dadah? Jika "Ya", sila beri keterangan terperinci

Participant /
Peserta

Certificate
Holder /
Pemilik Sijil

Yes No
☐ ☒

Yes No
☐ ☐

6. Have you ever been diagnosed with or treated for or advised to seek treatment for a disease, injury, disability, physical defect, physical deformity or sequels thereof such as but not limited to cardiovascular disease, stroke, high blood pressure, cancer, eye disease, diseases of the liver, the kidney(s), the digestive tract or respiratory tract, metabolic disorders, diabetes, diseases of the musculoskeletal system, neurological disorders, paralysis mental or psychiatric disorders, tuberculosis, HIV/AIDS by a medical doctor/professional?

Pernahkah anda disahkan mengidap atau dirawat atau dinasihatkan untuk mendapat rawatan oleh doktor atau pakar perubatan berkaitan dengan penyakit, kecederaan, ketidakupayaan, kecacatan atau gangguan fizikal dan akibatnya seperti, tetapi tidak terhad kepada penyakit pembuluh jantung atau sakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kanser, penyakit mata, penyakit hati, sakit buah pinggang, penyakit sistem penghadaman, penyakit pernafasan atau paru-paru, penyakit metabolisma, kencing manis, penyakit sistem otot dan rangka, penyakit saraf, hilang upaya atau cacat, penyakit gangguan fikiran, batuk kering, AIDS atau jangkitan dengan virus sindrom kurang daya tahan penyakit (HIV)?

Yes No
☐ ☒

Yes No
☐ ☐

7. In the past five (5) years, have you had any medical tests or investigations done such as medical check up or disease screening, X-ray, ultrasound investigation, blood or urine test, electrocardiogram (ECG), etc.?

Dalam tempoh lima (5) tahun kebelakangan ini, pernahkah anda menjalani apa-apa pemeriksaan kesihatan seperti pemeriksaan mengesan penyakit, X-ray, pemeriksaan ultrasound, kajian darah, ujian air kencing, Elektrokardiogram, atau lain-lain ujian?

Yes No
☐ ☒

Yes No
☐ ☐

8. Do you now smoke cigarettes ?If "YES", please indicate quantity smoked per day and how long you have been smoking

Anda merokok sekarang ini? Jika "YA", sila nyatakan kuantiti rokok dihisap sehari dan berapa lama anda sudah merokok

Quantity smoked per day / Kuantiti rokok sehari

() Less than 20 sticks per day / Kurang daripada 20 batang

() More than 20 sticks per day / Lebih daripada 20 batang

Yes No
☐ ☒

Yes No
☐ ☐

9. For female only. Are you now pregnant? If 'Yes', please state number of months pregnant.

Bagi wanita sahaja. Adakah anda hamil? Jika 'Ya', berapa bulan?

() 1 to 7 months / 1 hingga 7 bulan

() More than 7 months / Lebih daripada 7 bulan

Nil

Yes No
☐ ☐

Yes No
☐ ☐

10. Have you ever had any disorder of the breast or female organs or complication at childbirth? If 'Yes', please provide particulars.

Pernahkah anda mengidap penyakit atau mengalami masalah payudara, gangguan organ wanita atau komplikasi sewaktu melahirkan? Jika 'Ya', sila beri keterangan terperinci.

Nil

Yes No
☐ ☐

Yes No
☐ ☐

SECTION F. NOMINATION / TRUST
SEKSYEN F. PENAMAAN / AMANAH

Do you intend to nominate any nominee(s) under this proposal?

Adakah anda ingin menamakan sebarang penama (penama-penama) di bawah permohonan ini?

☒ Yes / Ya

☐ No / Tidak

If "YES", please complete Nomination Form and submit together with this application.

Jika "YA", sila isikan Borang Penamaan dan serahkan bersama-sama permohonan ini.

AQAD AND AUTHORIZATION
AKAD DAN PEMBERIAN KUASA

I/ We hereby confirm that to the best of my/ our knowledge the statements stated in this Application and Declaration Form are true and correct and I / We have not concealed, misrepresented or misstated any facts.

Saya/ Kami dengan ini mengaku bahawa semua pernyataan di dalam Borang Permohonan dan Akuan ini adalah lengkap dan benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya dan tidak mengandungi maksud tersembunyi, salah gambaran atau kenyataan bercanggah dengan fakta.

I/We further agree that the statements and declaration contained in this Application and Declaration Form shall be the basis of the contract of takaful between me/us and Hong Leong MSIG Takaful Bhd (the Operator) and are deemed to be incorporated into the contract.

Saya/ Kami bersetuju bahawa segala pernyataan dan akuan yang terkandung di dalam borang permohonan ini akan menjadi asas kepada perjanjian takaful diantara saya dengan Hong Leong MSIG Takaful Bhd (Pengendali) dan ianya disifatkan sebagai tergabung didalam perjanjian ini.

I/We agree that my takaful contribution be credited into the Participant's Investment Account (PIA) and the Operator be appointed to manage and invest my PIA following Wakalah principle as defined by the Operator according to Shariah. I /We agree to allow the Operator to deduct Wakalah fees as stated below. I/We further agree that all or a portion of my PIA shall be allocated on a monthly basis as a Tabarru' (donation) into the Risk Fund (RF) and be used to help other Participants in time of misfortune.

Saya/ Kami bersetuju sumbangan takaful saya akan dikreditkan ke dalam Akaun Pelaburan Peserta (PIA) dan Pengendali adalah dilantik untuk mengurus dan melabur PIA berdasarkan prinsip Wakalah seperti ditakrifkan oleh Pengendali menurut Syariah. Saya bersetuju memotong yuran Wakalah sebagai dinyatakan di bawah. Saya/ Kami selanjutnya bersetuju bahawa kesemua atau sebahagian daripada PIA saya akan diperuntukkan secara bulanan sebagai Tabarru' (sumbangan) kedalam Dana Risiko (RF) dan akan digunakan untuk membantu Peserta-peserta lain yang ditimpa musibah ataupun kerugian.

I/ We agree that any surplus exceeding reserves from Risk Fund may also be donated by the Takaful Operator to charitable organizations selected by the Takaful Operator as advised by Takaful Operator Shariah Advisory Committee.

Saya/ Kami bersetuju bahawa jika terdapat lebihan di dalam Dana Risiko melebihi rizab yang diperlukan, Pengendali Takaful boleh menyumbang lebihan ini kepada badan kebajikan yang dipilih setelah mendapat nasihat daripada Jawatankuasa Penasihat Syariah Pengendali.

I/We hereby agree that the accountability of the Takaful operator does not commence until this application has been accepted by the Takaful operator and the Takaful Contribution paid by Me/ Us, except as provided by any official covering note issued by the Operator.

Dengan ini Saya/ Kami bersetuju, tanggungan Syarikat tidak akan bermula sebelum Borang Permohonan ini diterima oleh Pengendali Takaful dan sumbangan Takaful telah dibayar oleh Saya/ Kami kecuali terdapat nota perlindungan rasmi yang dikeluarkan oleh Pengendali Takaful.

I/We agree that information regarding my health status may be reported to operators/reinsurers with whom the Operator has retakaful/reinsurance arrangements. I/We hereby authorize any physician, hospital, clinic, organization or institution, that has any records or knowledge of me or my health to disclose to the Operator its representative any such information about me with reference to my health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

Saya/ Kami bersetuju bahawa maklumat mengenai taraf kesihatan saya/ kami boleh dilaporkan kepada pengendali-pengendali takaful/syarikat insuran semula dan dengan siapa Pengendali berurusan. Saya dengan ini memberi kuasa kepada sebarang pegawai perubatan, hospital, klinik, Pengendali, atau wakilnya maklumat tentang kesihatan dan sejarah perubatan saya dan sebarang kemasukkan ke hospital, nasihat perawatan, jangkitan atau penyakit. Salinan fotokopi pemberian kuasa ini adalah sah dan laku seperti salinan asal.

I/We hereby authorize the Operator to disclose information to Bank Negara Malaysia, any authority having justification over the Operator, and to any companies within the Hong Leong Group as authorized by law, or for such purposes as the Operator in its absolute discretion deemed necessary or expedient.

Saya/ Kami bersetuju membenarkan Pengendali untuk mendedahkan maklumat kepada Bank Negara Malaysia, mana-mana pihak berkuasa yang mempunyai bidang kuasa atas Pengendali, dan untuk mana-mana syarikat di dalam kumpulan Hong Leong sebagaimana yang dibenarkan oleh undang-undang, atau bertujuan sebagaimana Pengendali dalam budi bicara mutlaknyanya memikirkan perlu atau sesuai.

Date at 3-1-2012
Tarikh pada

KINAMI CONSULTING

Signature of Witness (The Undersigned Agent)
Tandatangan Saksi (Wakil yang menandatangani Di Bawah)


Signature of Participant
Tandatangan Peserta

Signature of Certificate Holder
Tandatangan Pemegang Sijil

Name / Nama _____

IC No. / No. KP _____

DECLARATION BY AGENT
PENGAKUAN WAKIL

I hereby declare that all the information contained in this application are the only information given to me by the Participant and/or Certificate holder and I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this application

Dengan ini saya mengaku bahawa kesemua maklumat yang terkandung dalam permohonan ini adalah yang diberikan kepada saya oleh Peserta dan/atau Pemegang Sijil dan saya tidak menyimpan sebarang maklumat lain yang akan mempengaruhi penerimaan permohonan ini.

I have not given any statement to the Participant and/or Certificate holder contrary to the provision as contained in the Operator's standard policy.

Saya tidak memberi sebarang maklumat yang bertentangan dengan polisi piawai Pengendali kepada Peserta dan/atau Pemegang Sijil.

Date at
Tarikh pada 3-1-2012

Agent's code & Superior Link
Kod wakil dan talian atasan

T 0038827

% Sharing / Perkongsian

RINANI CONSULTING

Agent's Name / Nama Wakil



Agent's Signature / Tandatangan Wakil

MUDHARABAH & WAKALAH FEE DISCLOSURE / PENERANGAN YURAN WAKALAH & MUDHARABAH

Single Contribution / Sumbangan Sekaligus	Regular Contribution / Sumbangan Berkala
A. Wakalah Fees on Contribution / Yuran Wakalah untuk Sumbangan 1) 5 % of Single Contribution / 5% dari Sumbangan Tunggal 2) 10% of monthly Tabarru' deduction / 10% dari penolakan Tabarru' bulanan	A. Wakalah Fees on Contribution / Yuran Wakalah untuk Sumbangan Wakalah Fee is subject to certificate period and payment frequency / Yuran Wakalah tertakluk kepada tempoh sijil dan kekerapan bayaran sumbangan

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

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

NOMINATION FORM
BORANG PENAMAAN

Name / Nama

ROSLI BIN ALI

Old NRIC No./Passport / No. KP Lama/Pasport No.

New NRIC No. / No. Kad Pengenalan Baru

850728-05-56913

I, as the Certificate Holder for this takaful scheme to be issued by Hong Leong MSIG Takaful Berhad (hereinafter known as the Operator) hereby request the Operator to pay all the balance in the Participant Fund receivable to the nominees named below upon death before the maturity of this certificate with the terms and condition stated in the certificate.

Saya sebagai Pemegang Sijil bagi skim takaful yang akan dikeluarkan oleh Hong Leong MSIG Takaful Berhad (kemudian daripada ini disebut Pengendali) dengan ini mengarahkan pihak Pengendali supaya membayar baki Akaun Peserta (AP) yang berhak diterima oleh penama-penama yang dinamakan di bawah apabila berlaku kematian peserta sebelum sijil takaful ini matang dengan syarat dan terma seperti yang dinyatakan dalam sijil.

For Muslim Participant

To the 1st nominee which is entrusted with the responsibility to distribute the benefits to my/participant beneficiary who is entitled in accordance with Shariah (Faraid Law) in accordance to Section 65, Takaful Act 1984 and any Shariah Court order. Should the first nominee predecease me then the 2nd nominee will be entrusted to carry the same responsibility as the 1st and thereafter.

Bagi Peserta Muslim

Kepada penama pertama yang diamanahkan dengan tanggungjawab untuk membahagikan manfaat tersebut kepada waris-waris saya/peserta yang berhak mengikut hukum Syarak (faraid) tertakluk kepada Seksyen 65, Akta Takaful 1984 dan mana-mana perintah mahkamah Syariah. Sekiranya penama pertama meninggal dunia terlebih dahulu maka manfaat tersebut hendaklah diserahkan kepada penama yang kedua yang mempunyai tanggungjawab yang sama seperti penama pertama dan seterusnya.

For Non-Muslim Participant

To the named below. If any one of the named beneficiary predeceased me, his/her share will be equally shared between the survivors(s) according to the share as stated below.

Bagi Peserta Bukan Islam

Kepada penama-penama yang dinamakan dibawah. Sekiranya mana-mana di antara mereka itu meninggal dunia terdahulu daripada saya maka bahagiannya hendaklah dibahagikan sama rata di antara mereka yang masih hidup menurut peraturan bahagian yang dinyatakan dibawah.

It is further agreed that the Operator shall be discharged from all liabilities once the claim benefits have been made payable to the nominee/beneficiary under the said takaful certificate.

Selanjutnya saya juga bersetuju bahawa Pengendali adalah bebas daripada sebarang tanggungan atau tuntutan setelah manfaat takaful dibayar kepada penama atau waris atau sesiapa sahaja di bawah sijil takaful tersebut.

Name of Nominee 1 / Nama Penama 1	Name of Nominee 2 / Nama Penama 2	Name of Nominee 3 / Nama Penama 3	Name of Nominee 4 / Nama Penama 4
HASHIMAH BT HASIM			
Date of Birth / Tarikh Lahir 28-7-1950 (day/hari - month/bulan - year/tahun)	Date of Birth / Tarikh Lahir (day/hari - month/bulan - year/tahun)	Date of Birth / Tarikh Lahir (day/hari - month/bulan - year/tahun)	Date of Birth / Tarikh Lahir (day/hari - month/bulan - year/tahun)
NRIC No. / No Kad Pengenalan: New / Baru 500728-05-56913 Old / Lama	NRIC No. / No Kad Pengenalan: New / Baru Old / Lama	NRIC No. / No Kad Pengenalan: New / Baru Old / Lama	NRIC No. / No Kad Pengenalan: New / Baru Old / Lama
Birth Certificate No / No Sijil Kelahiran	Birth Certificate No / No Sijil Kelahiran	Birth Certificate No / No Sijil Kelahiran	Birth Certificate No / No Sijil Kelahiran
Relationship / Hubungan MOTHER	Relationship / Hubungan	Relationship / Hubungan	Relationship / Hubungan
Address / Alamat NO. 33, KG LAHAD, BATU PAHAT, JOHOR	Address / Alamat	Address / Alamat	Address / Alamat
* % of Shares / % Bahagian	* % of Shares / % Bahagian	* % of Shares / % Bahagian	* % of Shares / % Bahagian

*For a Non-Muslim nominee only. If he/she acts as an Administrator, the percentage box should remain empty.

*Bagi penama bukan Islam sahaja. Jika beliau bertindak sebagai Pentadbir, bahagian peratusan tidak perlu diisi.

Signature of Participant / Certificate Holder

Tandatangan Peserta / Pemegang Sijil

Dated
Bertarikh 3-1-2012

Signature of Witness 1
Tandatangan Saksi 1

Name
Nama Zaid Bin Zakaria
I/C No
No KP 650814-06-7865
Dated
Bertarikh 3-1-2012

Signature of Witness 2
Tandatangan Saksi 2

Name
Nama Yusri Bin Mokhtar
I/C No
No KP 670104-07-4320
Dated
Bertarikh 3-1-2012