



Question / Soalan-soalan	Policy/Contract/Certificate owner/holder / Pemilik/Pemegang polisi/kontrak/sijil	Life assured/Person covered / Orang yang diinsuranskan/dilindungi												
<p><b>4. In the past 5 years, have you been under observations or had medical/surgical advice, treatment or investigations for any illness, injury, accident, operation, physical check-up, medical advice, hospital treatment or diagnostic test e.g. blood or urine test, x-ray, electrocardiogram (ECG), echocardiogram, mammogram, CT scan, biopsy or any other test? If yes, kindly provide details. / Dalam tempoh 5 tahun lepas, pernahkah anda dalam pemerhatian atau menerima nasihat perubatan/pembedahan, rawatan atau pemeriksaan untuk sebarang penyakit, kecederaan, kemalangan, pembedahan, pemeriksaan fizikal, nasihat perubatan, rawatan hospital atau ujian diagnostik seperti ujian darah atau kencing, sinar-x, elektrokardiogram (ECG), ekokardiogram, mamogram, imbasan CT, biopsi atau apa-apa ujian lain? Jika ya, sila beri butiran.</b></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak												
<p><b>5. Has any application, renewal or reinstatement of life, accident, critical illness, disability or health takaful or insurance on your life been declined, deferred or accepted at special rates or terms? If yes, kindly provide details. / Pernahkah anda mempunyai sebarang permohonan, pembaharuan atau pengembalian untuk takaful atau insurans hayat, kemalangan, penyakit kritikal, ketidakupayaan atau kesihatan yang ditolak, ditangguhkan atau diterima pada kadar istimewa atau dengan syarat-syarat tertentu? Jika ya, sila beri butiran.</b></p> <table border="1" data-bbox="119 719 762 1189"> <tr> <td data-bbox="119 719 448 786"><b>Name of company/operator / Nama syarikat/operator</b></td> <td data-bbox="448 719 762 786"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="119 786 448 887"><b>Proposal/Application/Policy/Contract/Certificate number / Nombor cadangan/permohonan/polisi/kontrak/sijil</b></td> <td data-bbox="448 786 762 887"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="119 887 448 954"><b>Issued date / Tarikh dikeluarkan</b></td> <td data-bbox="448 887 762 954"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="119 954 448 1055"><b>Sum assured/covered &amp; type of coverage / Jumlah yang diinsuranskan/dilindungi &amp; jenis perlindungan</b></td> <td data-bbox="448 954 762 1055"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="119 1055 448 1122"><b>Medical conditions / Keadaan kesihatan</b></td> <td data-bbox="448 1055 762 1122"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="119 1122 448 1189"><b>Duration / Tempoh</b></td> <td data-bbox="448 1122 762 1189"></td> </tr> </table>	<b>Name of company/operator / Nama syarikat/operator</b>		<b>Proposal/Application/Policy/Contract/Certificate number / Nombor cadangan/permohonan/polisi/kontrak/sijil</b>		<b>Issued date / Tarikh dikeluarkan</b>		<b>Sum assured/covered &amp; type of coverage / Jumlah yang diinsuranskan/dilindungi &amp; jenis perlindungan</b>		<b>Medical conditions / Keadaan kesihatan</b>		<b>Duration / Tempoh</b>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<b>Name of company/operator / Nama syarikat/operator</b>														
<b>Proposal/Application/Policy/Contract/Certificate number / Nombor cadangan/permohonan/polisi/kontrak/sijil</b>														
<b>Issued date / Tarikh dikeluarkan</b>														
<b>Sum assured/covered &amp; type of coverage / Jumlah yang diinsuranskan/dilindungi &amp; jenis perlindungan</b>														
<b>Medical conditions / Keadaan kesihatan</b>														
<b>Duration / Tempoh</b>														
<p><b>6. a) Have you or any of your immediate family members ever had/currently undergoing/suffering from/been investigated for any signs and symptoms of illness/disorder/health problems for heart disease, stroke, high blood pressure, chest pain, cancer, cyst/growth/tumour of any kind, diabetes, disorder of eyes/ears/nose/mouth/throat, thyroid disorders, asthma or other respiratory/lung disorders, urinary or kidney problems, hepatitis or liver diseases, blood disorders, mental or nervous disorders, epilepsy, spine/back pain, stomach/intestinal disorders, arthritis/gout/joints problems, organ transplant, dementia, Systemic Lupus Erythematosus (SLE), sexually transmitted diseases, congenital abnormality, any physical defects or deformities, hereditary disease, terminal illness, drugs or alcohol abuse, or any other illness/injury? If yes, kindly provide details. / Adakah anda atau sesiapa dalam keluarga terdekat anda pernah, sedang melalui/menderita akibat atau diperiksa untuk sebarang tanda-tanda dan simptom-simptom penyakit/gangguan/masalah kesihatan untuk penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, sakit dada, barah, sebarang jenis sista/ketumbuhan/tumor, kencing manis, gangguan mata/telinga/hidung/mulut/tekak, gangguan tiroid, lelah atau lain-lain gangguan pernafasan/paru-paru, masalah urinari atau buah pinggang, hepatitis atau penyakit hati, gangguan darah, gangguan mental atau saraf, epilepsi, sakit sendi/tulang belakang, gangguan perut/usus, masalah arthritis/gout/sendai, pemindahan organ, hilang ingatan, Lupus Erythematosus Sistemik (SLE), penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks, kelahiran tidak normal, sebarang kecacatan fizikal atau ketidakupayaan, penyakit keturunan, penyakit pada peringkat akhir, penyalahgunaan dadah atau alkohol, atau sebarang penyakit/kecederaan yang lain? Jika ya, sila beri butiran.</b></p> <p><b>b) Have you or your spouse/partner been advised or received any treatment or having any signs and symptoms related to HIV infections/AIDS? / Pernahkah anda atau pasangan anda dinasihatkan atau menerima sebarang rawatan atau mempunyai sebarang tanda-tanda dan simptom-simptom berhubung dengan jangkitan HIV/AIDS?</b></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak												

Question / Soalan-soalan	Policy/Contract/Certificate owner/ holder / Pemilik/Pemegang polisi/ kontrak/sijil	Life assured/Person covered / Orang yang diinsuranskan/dilindungi
<p><b>7. Have you engaged in or intend to engage in flying (other than as a fare paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, motor racing, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving or any other hazardous sports, occupations or pursuits? If yes, kindly provide details.</b> / Pernahkah anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam penerbangan (selain sebagai penumpang yang berbayar dalam penerbangan yang berjadual), selam scuba, lumba motor, mendaki gunung, aktiviti payung terjun bebas, terjun udara atau sebarang sukan, pekerjaan atau aktiviti-aktiviti yang merbahaya? Jika ya, sila beri butiran.</p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<p><b>8. For female only: / Untuk wanita sahaja:</b>  <b>a) Are you pregnant? / Adakah anda hamil?</b>  <b>If yes, how many months? / Jika ya, berapa bulan?</b>  <input type="text"/> <input type="text"/> months / bulan  <b>b) Have you suffered from any disorder of the breast, female organ, still birth, complication at birth, abnormal PAP smear or irregular menses? If yes, kindly provide details.</b> / Pernahkah anda mengalami apa-apa gangguan pada buah dada, organ wanita, kematian bayi dalam kandungan, komplikasi sewaktu kelahiran, PAP smear yang tidak normal atau haid yang tidak teratur? Jika ya, sila beri butiran.</p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<p><b>9. For child only: / Untuk anak sahaja:</b>  <b>Was the birth of the child abnormal or premature, or has been diagnosed to have any congenital disorder? If yes, kindly provide details.</b> / Adakah anak ini dilahirkan secara tidak normal atau tidak cukup bulan, atau didiagnosis menghidapi gangguan kongenital? Jika ya, sila beri butiran.</p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

## SECTION B: DECLARATION / SEKSYEN B: PENGAKUAN

I hereby declare that I have read the questionnaires or the same was interpreted to me and the answers entered in the application are mine and I hereby certify on behalf of myself and of any person who has or claims any interest in the said policy/contract/certificate that each of the answers to be fully complete and true and I agree that they shall be taken as the basis of the proposed revival or other changes/addition. I further agree that such revival or other changes/addition shall not be considered as effected until this application is approved by authorised officer of the company/operator. I further agree that if my application for revival or other changes/addition is accepted by the company/operator, the Incontestability and Suicide Provisions thereof shall be deemed and held to be so modified as to have effect from the approval date of such revival or other changes/addition. / Dengan ini saya mengisytiharkan bahawa saya telah membaca soal selidik ini atau yang sama telah diterjemahkan kepada saya dan jawapan-jawapan yang diberikan adalah kepunyaan saya dan dengan ini bagi pihak diri saya dan sesiapa juga yang mungkin mempunyai atau menuntut mana-mana kepentingan dalam polisi/kontrak/sijil tersebut, saya bersetuju bahawa setiap jawapan adalah lengkap dan betul dan saya bersetuju bahawa jawapan-jawapan ini akan dijadikan asas bagi cadangan pemulihan semula atau perubahan/tambahan lain-lain. Selanjutnya saya bersetuju bahawa jika permohonan saya untuk pemulihan semula atau perubahan/tambahan lain-lain diterima of syarikat/operator, Syarat tidak boleh tanding dan syarat bunuh diri di dalamnya hendaklah dianggap dan dikuatkuasa dari tarikh kelulusan pemulihan semula atau perubahan/tambahan lain-lain tersebut.

I/We understand and agree that any of my/our personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by the Company to individuals or organisations related to or associated with the Company or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance/retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and to communicate with me/us for such purposes. I/We understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company and that such request can be made to the Company's Customer Careline at 1300-88-5055. I/We will keep the Company updated of any change to such personal information as soon as possible. / Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh disimpan, digunakan dan didedahkan oleh Syarikat kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk syarikat-syarikat insurans/takaful semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk tujuan pemrosesan permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk ini serta berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembedahan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh Syarikat dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada talian Khidmat Pelanggan Syarikat di 1300-88-5055. Saya/Kami akan memaklumkan Syarikat mengenai sebarang perubahan kepada maklumat peribadi secepat mungkin.

Signed at / Ditandatangani di \_\_\_\_\_

Date / Tarikh   -   -

---

**Signature of policy/contract/certificate owner/holder**

*Tandatangan pemilik/pemegang polisi/kontrak/sijil*

**Name / Nama** \_\_\_\_\_

**New NRIC number /**

**Other identification number /**

*Nombor kad pengenalan baru /*

*Nombor pengenalan lain* \_\_\_\_\_

**Date / Tarikh**

-   -

---

**Signature of Life Assured/Person covered /**

*Tandatangan Orang yang diinsuranskan/dilindungi*

**Name / Nama** \_\_\_\_\_

**New NRIC number /**

**Other identification number /**

*Nombor kad pengenalan baru /*

*Nombor pengenalan lain* \_\_\_\_\_

**Date / Tarikh**

-   -

---

**Signature of witness / Tandatangan saksi**

**Name / Nama** \_\_\_\_\_

**New NRIC number /**

**Other identification number /**

*Nombor kad pengenalan baru /*

*Nombor pengenalan lain* \_\_\_\_\_

**Date / Tarikh**

-   -