

PERSONAL HEALTH DECLARATION / PENGAKUAN KESIHATAN DIRI

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

1. Consumer Insurance Contract/Kontrak Insurans Pengguna

Pursuant to Paragraph 5 Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance wholly for purposes unrelated to your trade, business or profession, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Questionnaire and in addition disclose any other matter that you know to be relevant to ALIM's decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied.
 / Menurut Perenggan 5 Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda memohon Insurans ini sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam Soal Selidik dan juga mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan ALIM menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai.

2. Non-Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Bukan Pengguna

Pursuant to Paragraph 4(1) Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance for purposes related to your trade, business or profession, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to ALIM's decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant. / 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 kewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan ALIM 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.

This duty of disclosure for Consumer and Non-Consumer Insurance Contract shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed. / Kewajipan pendedahan ini bagi Kontrak Insurans Pengeguna dan Bukan Pengeguna akan berterusan sehingga masa kontrak tersebut dimasuki. diubah atau

Instruction / Arahan

1. Please complete in CAPITAL LETTERS and tick (/) in the appropriate boxes and please do not answer with "BLANK" or "-". Use BLACK ink only. / Sila lengkapkan dengan menggunakan HURUF BESAR dan tandakan (/) dalam kotak yang berkenaan dan jangan "KOSONGKAN" atau isi dengan "-". Gunakan dakwat HITAM sahaja.
2. Do not strike out unused blank box/page./ Jangan pangkah atau tandakan bahagian yang tidak berkenaan.

Note / Nota

1. ALIM reserves the right to request for further health details evidence if deemed necessary. / Allianz Life berhak meminta bukti kesihatan yang selanjutnya jika diperlukan.
2. The form must be completed by the employee. Please ensure that it is completed before submitting to ALIM to avoid any delay in processing. / Borang ini mesti diisi oleh pekerja. Sila pastikan borang ini lengkap sebelum menghantar untuk mengelakkan sebarang kelewatan pemprosesan.
3. This document contains the Malay translation of the English version. In the event of any inconsistency, the English version and its interpretation shall prevail. / Dokumen ini mengandungi terjemahan dalam Bahasa Melayu daripada versi Bahasa Inggeris. Jika berlaku apa-apa peranggahan, versi Bahasa Inggeris dan maknanya akan digunakan.

Policy Number / No.
Polisi

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

Name of Employer / Organization / Nama Syarikat

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

Employee's Name (as shown on NRIC) / Nama Pekerja (seperti di dalam KP)

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

NRIC / Passport Number /
No. KP / No. Passport

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

Date of Birth /
Tarikh Lahir

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

Sex /
Jantina
Male /
Lelaki
Female /
PerempuanMarital Status /
Taraif
Perkahwinan
Single /
Bujang
Married /
Berkahwin
Divorce /
BerceraiSum Assured /
Jumlah
Diinsurans

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

Plan /
Pelan

--	--

Height /
Tinggi

--	--	--

cm

Weight /
Berat

--	--	--

kg

Occupation /
Pekerjaan

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

Class / Kelas

--	--

		Yes / Ya	No / Tidak
1.	Have you smoked or used any tobacco or nicotine products in the last 12 months? If yes, ___ cigarettes per day/ use of nicotine products. / Dalam tempoh 12 bulan yang lalu, adakah anda merokok atau menggunakan produk tembakau atau nikotin? Jika ya, ___ rokok sehari / penggunaan produk nikotin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Have you ever used illicit drugs or drugs not prescribed by a doctor or treated for drug habits? / Pernahkah anda mengambil dadah yang diharamkan atau dadah yang tidak dipreskripsi oleh doctor atau untuk merawat tabiat dadah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Do you have or are you currently receiving medical treatment for any physical impairment, congenital or hereditary conditions? / Adakah atau pernahkah anda menghidapi atau sedang menerima rawatan perubatan untuk sebarang kecacatan fizikal, keadaan kongenital atau keturunan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Have you ever had, or been told you have and / or are you receiving treatment for:- / Pernahkah anda atau anda pernahkah diberitahu bahawa anda telah dan / atau menerima rawatan untuk:-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	asthma, tuberculosis or any respiratory or lung disease; raised cholesterol, high blood pressure, chest pain, heart attack or any disease/ disorder of the heart, blood or blood vessels; hepatitis , gastritis, gastric ulcer, or any disease of the stomach, bowel, liver or gall bladder; urine abnormalities, kidney stone or any other disease of the urinary system? / Asma/ lelah, penyakit tibi atau sebarang penyakit pernafasan atau paru-paru; kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, sakit dada, serangan jantung atau sebarang penyakit / gangguan jantung, darah atau saluran darah; hepatitis, gastrik, gastrik ulcer, atau sebarang penyakit perut, usus, hati atau pundi hemedu; keabnormalan air kencing, batu karang dalam buah pinggang atau sebarang penyakit sistem urinari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b.	epilepsy, stroke, paralysis, mental disorder, any disease of the brain or nervous system; diabetes, high blood sugar, sugar in the urine; diseases of thyroids, endocrine or other glands; breast lumps or cysts, abnormal pap smear or any disease/ disorders of the reproductive organs; any form of cancer, growth or tumour, lump or cyst; Systemic Lupus Erythematosus (SLE) or any other type of autoimmune disease; severe injuries; or any disease of the spine, bones, joints, backache, sexually transmitted disease, AIDS or HIV infection? / Epilepsi, strok, lumpuh, penyakit mental, sebarang penyakit otak atau sistem saraf; kencing manis, gula dalam darah yang tinggi, gula dalam air kencing; penyakit tiroid, endokrin atau kelenjar lain; ketumbuhan atau sista payudara, pap smear abnormal atau sebarang penyakit / gangguan organ-organ pembiakan; kanser/ barah, ketumbuhan, tumor atau sista; Sistemik Lupus Erythematosus (SLE) atau sebarang penyakit autoimun yang lain; kecederaan yang teruk; atau sebarang penyakit tulang belakang, tulang, sendi, sakit belakang, penyakit kelamin berjangki, AIDS atau Jangkitan HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	In the past five (5) years, have you:- / Dalam tempoh lima (5) tahun yang lepas, pernahkah anda:-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	had any medical investigations or tests? Example: blood test, urine test, x-ray, CT/ MRI scan, angiogram, echocardiogram, electrocardiogram (ECG), ultrasound, mammography, pap smear or biopsy? / menjalani sebarang penyiasatan atau ujian perubatan? Contoh: ujian darah, ujian air kencing, x-ray, CT / MRI scan, angiogram, echocardiogram, elektrokardiogram (ECG), ultrasound, mammogram, pap smear atau biopsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	received medical treatment or advice (except for normal illnesses like fever, flu or cough), been hospitalized, had surgery or received a medical consultation from a specialist or been advised to have any medical treatment, hospitalization or surgery. / menerima rawatan atau nasihat perubatan (kecuali penyakit biasa seperti demam, selesma atau batuk), pernah dirawat di hospital, menjalani pembedahan atau penerangan perubatan oleh pakar perubatan atau dinasihatkan untuk menerima sebarang rawatan perubatan, rawatan hospital atau nasihat perubatan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	experienced, or currently still experiencing any symptoms or complaints for which you have not consulted a doctor? / mangalami atau sedang mengalami sebarang tanda atau gejala atau aduan yang anda tidak pern有条件 berunding dengan doktor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Have any of your applications, renewals or reinstatements of any life, medical, health, accident, critical illness insurance or Takaful ever been declined, postponed or accepted at special rates or terms by an insurance company or a Takaful operator? / Pernahkah mana-mana permohonan, pembaharuan atau pengkuatkuasaan semula bagi sebarang insurans nyawa, perubatan, kesihatan, kemalangan, penyakit kritis atau Takaful anda pernah ditolak, ditangguhkan atau diterima pada kadar atau syarat khas oleh syarikat insurans atau Takaful?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Have any of your biological parents, brothers or sisters, been diagnosed with any of the following before the age of 60 : Multiple Sclerosis, Alzheimer's, Parkinson's, Huntington's disease, motor neuron disease, polycystic kidney disease, heart disease, stroke, hypertension, diabetes mellitus, cancer or any other inherited or genetic diseases? / Adakah ibu bapa, adik-beradik biologi anda didiagnosis dengan sebarang yang berikut sebelum umur 60 tahun: Multiple Sclerosis, penyakit Alzheimer, Parkinson, Huntington, penyakit neuron motor, penyakit ginjal polikistik, penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, kanser atau sebarang penyakit lain yang diwarisi atau genetik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Do you engage or intend to engage in any dangerous activities? (example : racing, diving, mountain climbing or flying other than as a fare paying passenger on a regularly scheduled airline, etc) / Adakah anda terlibat atau berniat untuk melibatkan diri dalam sebarang aktiviti berbahaya? (contoh: perlumbaan, penyelaman, pendakian gunung atau penerbangan selain sebagai penumpang yang membayar tambang untuk syarikat penerbangan berjadual dan sebagainya)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	If any of the answers to any questions 1 to 8 is Yes, please give details in the space provided with reference to the pointers stated below; if applicable. / Jika mana-mana jawapan kepada soalan 1 hingga 8 adalah Ya, sila berikan butir-butir di ruang yang disediakan dengan merujuk kepada petunjuk di bawah; jika berkenaan. (i) Question number / Number soalan (ii) Type of illness and date of onset / Jenis penyakit dan tarikh dihidapi (iii) Name and address of attending doctor/ clinics or hospital / Nama dan alamat doctor / klinik atau hospital (iv) Current condition / Keadaan semasa (v) Type of tests or treatment or follow-up done, date, results and reason / Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab (vi) Duration and severity of illness/ injury and date of last follow up / Jangkamasa dan tahap kecederaan/ penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARATION / PENGISYIHKAN**1. Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Pengguna**

Where I/We apply for this contract of insurance as the Life Assured and not as required by the group policy owner, I/We agree and declare that: / Di mana Saya/Kami memohon kontrak insurans ini sebagai Orang Diinsurans dan bukan dikehendaki oleh pemilik polisi berkumpulan, Saya/Kami bersetuju dan mengisytiharkan bahawa;

- I/We shall take reasonable care not to make any misrepresentation when answering the questions in this Application Form and in any required medical examination, questionnaire or amendment and any other relevant document in connection with this application (collectively referred to as "the Information") / Saya/Kami akan mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam Borang Permohonan ini dan di dalam sebarang pemeriksaan perubatan yang dikehendaki, soal selidik atau pemindaan dan sebarang dokumen yang berkaitan dengan permohonan ini (kesemuanya dirujuk sebagai Maklumat tersebut");
- the information that I/We have provided is full and accurate otherwise it may result in the contract being avoided, a claim denied or reduced, terms changed or varied, or the contract terminated; / Maklumat yang diberikan oleh Saya/Kami adalah lengkap dan benar, sekiranya tidak, ia mungkin akan menyebabkan kontrak dibatalkan, tuntutan ditolak atau dikurangkan, terma dipinda atau diubah, atau kontrak akan ditamatkan;
- I/We shall inform ALIM of any change to the Information after I/We have submitted the Information but before the contract is entered into, varied or renewed with ALIM. / Saya/Kami akan memberitahu ALIM tentang sebarang perubahan terhadap Maklumat tersebut selepas Saya/Kami menyerahkan Maklumat tersebut tetapi sebelum kontrak dimasuki, diubah atau diperbaharui dengan ALIM.
- I/We hereby authorize any physician, hospital, clinic, other insurance organization, institution or person, that has any records or knowledge of Me/Us or My/Our health to disclose to ALIM or its representative any and all information about me/us with reference to My/Our health and medical history and hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. / Dengan ini Saya/Kami membentarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, organisasi insurans yang lain, institusi atau individu, yang mempunyai rekod-rekod atau pengetahuan tentang diri Saya/Kami atau kesihatan Saya/ Kami untuk mendedahkan kepada ALIM atau wakilnya sebarang dan semua maklumat tentang Saya/Kami berhubung kesihatan Saya/Kami dan sejarah perubatan dan kemasukan hospital, nasihat, rawatan atau penyakit.
- A duplication of this authorization shall be as effective and valid as the original. / Salinan fotokopi pemberian kebenaran ini akan berkuatkuasa dan sah seperti salinan asalnya.

2. Non-Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Bukan Pengguna

Where I/We make this declaration as required by My/Our Employer/Organization for this contract of insurance, I/We agree and declare that: / Di mana Saya/Kami membuat pengisytiharan ini seperti yang dikehendaki oleh pihak Majikan/Organisasi Saya/Kami untuk kontrak insurans ini, Saya/Kami bersetuju dan mengisytiharkan bahawa;

- the information that I/We provided is full and accurate and shall be the basis of the contract of insurance between My/Our Employer/Organization with ALIM; / Maklumat yang diberikan oleh Saya/Kami adalah lengkap dan benar dan akan membentuk asas kontrak insurans diantara pihak Majikan/Organisasi Saya/Kami dengan ALIM;
- I/We shall inform ALIM of any change to the Information after I/We have submitted the Information but before the contract is entered into, varied or renewed by My/Our Employer/Organization with ALIM. / Saya/Kami akan memberitahu ALIM tentang sebarang perubahan terhadap Maklumat tersebut selepas Saya/Kami menyerahkan Maklumat tersebut tetapi sebelum kontrak dimasuki, diubah atau diperbaharui oleh pihak Majikan/Organisasi Saya/Kami dengan ALIM.
- I/We hereby authorize any physician, hospital, clinic, other insurance organization, institution or person, that has any records or knowledge of Me/Us or My/Our health to disclose to ALIM or its representative any and all information about me/us with reference to My/Our health and medical history and hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. / Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, organisasi insurans yang lain, institusi atau individu, yang mempunyai rekod-rekod atau pengetahuan tentang diri Saya/Kami atau kesihatan saya/ kami untuk mendedahkan kepada ALIM atau wakilnya sebarang dan semua maklumat tentang Saya/Kami berhubung kesihatan Saya/Kami dan sejarah perubatan dan kemasukan hospital, nasihat, rawatan atau penyakit.
- A duplication of this authorization shall be as effective and valid as the original. / Salinan fotokopi pemberian kebenaran ini akan berkuatkuasa dan sah seperti salinan asalnya.

Signed at/Ditandatangani di _____ this/pada _____ day of / haribulan _____ month/bulan _____ year/tahun _____

Signature of Life Assured

Tandatangan Orang Diinsuranskan

Signature of Witness (Witness must be aged 18 and above)/

Tandatangan Saksi (Saksi mestilah berumur 18 dan keatas)

Name / Nama:

NRIC No./No.KP: