





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:-		
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, selesema 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 pernah 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 kritikal 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 polistikistik, 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 dihadapi (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  _____  _____  _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DECLARATION / PENGISYTIHARAN**

**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 membenarkan 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 :

**Allianz Customer Service Center**

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.  
Customer Contact Center: 1 300 22 5542 Email: customer.service@allianz.com.my   AllianzMalaysia   allianz.com.my