

PROPOSED LIFE / PENCADANG : _____		PROPOSAL NO / NO CADANGAN : _____	
POLICY OWNER / PEMEGANG POLISI		POLICY NO / NO POLISI	
New NRIC/BC/Passport No: _____ No. KP/SB/Pasport		Age: _____ Umur	Sex: _____ Jantina
		<input type="checkbox"/> Male Lelaki	<input type="checkbox"/> Female Perempuan
1. Give the date the gastric problem first started: <i>Nyatakan tarikh kali pertama masalah gastrik bermula:</i>			
2. a) How frequent did you have the attacks? <i>Berapa kerap anda dapat serangan?</i>			
b) Please state number of attacks for the past 2 years and date of last attack? <i>Sila nyatakan jumlah serangan dalam tempoh 2 tahun yang lalu dan tarikh serangan terakhir?</i>			
3. During the attack, have you ever had the following symptoms: <i>Semasa serangan, pernahkan anda mendapat gejala berikut:</i>			
a) Vomiting of blood / <i>Muntah darah</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
b) Passing out blood in the stool / <i>Berak darah</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
4. Have you ever consulted any doctor for these discomforts? <i>Pernahkah anda berjumpa doctor untuk masalah di atas?</i> If yes, please indicate the name(s) and address(es) of your attending physician(s) <i>Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat doktor-doktor yang merawat anda.</i>			
Name / Nama		Address / Alamat	
5. Have you undergone any investigation? (e.g. Gastroscopy, X-ray, Barium meal, etc.) If yes, please state nature of tests done and result. <i>Sudahkah anda menjalani sebarang penyiasatan? Cth: gastroscopy, X-ray, barium meal, dll. Jika ya, sila nyatakan bentuk ujian yang dijalankan dan keputusannya.</i>			
6. a) Have you ever received any kind of treatment or hospitalization? <i>Pernahkan anda mendapat apa-apa rawatan atau dimasukkan ke hospital?</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
b) Are you currently receiving any kind of treatment or medication? <i>Adakah anda pada masa ini sedang mendapat sebarang rawatan atau sebarang ubatan?</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
7. Is there any operation contemplated? <i>Adakah sebarang pembedahan yang dirancangan?</i> If yes, please give date of intended operation: <i>Jika ya, sila nyatakan tarikh pembedahan yang dijangkakan.</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak

Declaration

I, the undersigned, hereby confirm that the above answers, given by me, are full, complete and true and agree that they form part of any policy, where there answers are or may be, relied upon by the company.

Saya, yang bertandatangan di bawah, dengan ini mengesahkan bahawa jawapan di atas, yang saya berikan, adalah lengkap, sempurna dan benar dan bersetuju bahawa tersebut akan menjadi sebahagian daripada apa-apa polisi, yang pihak Syarikat akan atau mungkin bergantung padanya.

Name: _____ Signature: _____ NRIC No: _____ Date: _____
Nama: _____ Tandangan: _____ No KP: _____ Tarikh: _____

KINDLY RETURN THIS QUESTIONNAIRE IN A SEALED ENVELOPE TO THE UNDERWRITER OF OUR COMPANY SO AS TO MAINTAIN CONFIDENTIALITY OF THE INFORMATION THAT YOU HAVE PROVIDED.

SILA KEMBALIKAN SOAL SELIDIK INI DI DALAM SAMPUL SURAT YANG DIGAM KEPADA PENGUNDERAIT PIHAK SYARIKAT BAGI MENJAMIN KERAHSIAAN MAKLUMAT YANG TELAH ANDA BERIKAN

Name of Underwriter: _____
Nama Pengunderait: _____

