



NMY1MERAI1

Application No.

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

STATEMENT TO THE MEDICAL EXAMINER

PERNYATAAN KEPADA PEMERIKSA PERUBATAN

PROPOSED INSURED

HAYAT INSURANS YANG DICADANGKAN : _____

Gender <i>Jantina</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Lelaki</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i>
Identity No / Passport <i>No . K.P. / Pasport</i>	
Name of agent and code no. <i>Nama ejen dan no. kod</i>	
Occupation <i>Pekerjaan</i>	
Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	
Age <i>Umur</i>	
Date of last consultation <i>Tarikh terakhir perundingan</i>	
Reason for this consultation <i>Sebab perundingan</i>	
Name of doctor consulted <i>Nama doktor</i>	
Existing Insurance <i>Insurans sedia ada</i>	
Amount of insurance applied for now <i>Jumlah insurans yang dimohon sekarang</i>	
Name & address of your personal or regular doctor / <i>Nama dan alamat doktor peribadi atau doktor tetap yang kerap anda kunjungi</i>	
Are you on form of medication at present? <i>Adakah anda sekarang mengambil apa-apa ubat?</i>	Yes <input type="checkbox"/> <i>Ya</i> No <input type="checkbox"/> <i>Tidak</i>
If 'Yes', state type of medication <i>Jika 'Ya', sila nyatakan jenis ubat</i>	
Have you at ANYTIME consulted a PSYCHIATRIST? <i>Adakah anda pada BILA-BILA MASA menemui PAKAR PSIKIATRI?</i>	Yes <input type="checkbox"/> <i>Ya</i> No <input type="checkbox"/> <i>Tidak</i>
If 'Yes', give details and dates. <i>Jika 'Ya', sila nyatakan butiran dan tarikhnya</i>	
DETAILS OF 'YES' ANSWERS (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis, dates and result, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities) / BUTIR BAGI JAWAPAN 'YA' (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIR YANG BERKENAAN: Termasuk diagnosis, tarikh dan keputusan, tempoh, nama dan alamat bagi semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)	
1. Have you EVER had been told you had or been treated for <i>Adakah anda PERNAH mengalami atau telah diberitahu anda mengalami atau dirawat bagi</i>	

Statement To The Medical Examiner

<p>a) Epilepsy, fainting spells, seizure, nervous or mental condition, neuritis, paralysis or any disease or abnormality of the brain or nervous system? <i>Epilepsi, pitam, serangan penyakit secara tiba-tiba, gugup atau penyakit mental, neuritis, kelumpuhan, atau sebarang penyakit atau keabnormalan otak atau system saraf?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>b) Giddiness, loss of consciousness, breathlessness, chest pain, high blood pressure, palpitation or any disease of the heart, blood or blood vessel? <i>Pening, tidak sedarkan diri, sesak nafas, sakit dada, tekanan darah tinggi, debaran atau sebarang penyakit jantung, darah atau salur darah?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>c) Blood spitting, tuberculosis, asthma, habitual cough, pleurisy, or any respiratory or lung disease? <i>Ludah darah, tuberkulosis, asma, selalu batuk, pleurisi atau sebarang penyakit yang berkaitan dengan pernafasan atau paru-paru?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>d) Recurrent indigestion, ulcer, hernia or disease of liver, gallbladder, stomach or intestine? <i>Senak berulang, ulser, hernia atau penyakit hati, pundi hempedu, perut atau usus?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>e) Urinary sugar/albumin/stones, venereal disease, menstrual disorders, or disease of the kidney, prostate, urinary or genital system? <i>Kandungan gula/albumin/batu dalam air kencing, penyakit venereal, gangguan haid, atau penyakit buah pinggang, prostat, urinari atau system pembiakan?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>f) Diabetes, goiter or any disease or abnormality of thyroid or other endocrine glands? <i>Diabetes, goiter atau sebarang penyakit atau keabnormalan tiroid atau kelenjar endokrin yang lain?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>g) Diseases of eyes, ears, nose (including nose bleeds) or throat? <i>Penyakit mata, telinga, hidung (termasuk hidung berdarah) atau tekak?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>h) Cancer, tumour, cyst, any growth? <i>Kanser, tumor, sista atau sebarang ketumbuhan?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>i) Jaundice, hepatitis, any disease of the liver or been a hepatitis carrier? <i>Demam kuning, hepatitis, sebarang penyakit hati, atau pernah menjadi pembawa hepatitis?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>j) Malaria, dysentery or any tropical diseases? <i>Malaria, cirit-birit atau penyakit di kawasan tropika?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>k) Rheumatic fever, arthritis gout or any disease of the spine, prolapsed (intervertebral) disc, bone, joint, muscle, connective tissue, lymphnodes or any disease of the skin? <i>Demam reumatik, artritis, gout atau sebarang penyakit tulang belakang, vertebra prolaps diska, tulang, sendi, otot, tisu perantara, nodus limfa atau sebarang penyakit kulit?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Have you ever: Adakah anda pernah:</p>	
<p>Received any medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related conditions; or been told you had any of these; OR have you had HIV testing done (please state result), OR in the last 3 months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Menerima sebarang nasihat, kaunseling atau rawatan perubatan yang berkaitan dengan AIDS, Kompleks yang berkaitan dengan AIDS atau sebarang penyakit lain yang berkaitan dengan AIDS; atau telah diberitahu menghidap mana-mana satu satu daripada ini; ATAU adalah anda pernah menjalani ujian HIV (sila nyatakan keputusannya); ATAU dalam tempoh 3 bulan terakhir ini pernah mengalami sebarang gejala berikut selama lebih daripada satu minggu secara berterusan; letih, hilang berat badan, cirit-birit, nodus limfa yang membesar atau lesi kulit yang luar biasa?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>

Statement To The Medical Examiner

3. In the PAST 5 YEARS have you had any SEJAK 5 TAHUN YANG LALU, pernahkah anda menjalani:			
a) Diagnostic tests such as X-ray, mammography, electrocardiogram, CT scanning, echo or ultrasonogram, blood or urine studies? <i>Ujian diagnostik seperti kajian X-ray, mamografi, elektrokardiogram, skan CT, gema atau ultrasonogram, kajian darah atau air kencing?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
b) Illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or physical check-up not mentioned above? <i>Penyakit, kecederaan, pembedahan, nasihat perubatan, rawatan hospital atau pemeriksaan fizikal yang tidak dinyatakan di atas?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
4. a) Do you smoke? If so, in what form, quantity and duration? Adakah anda merokok? Jika ya, sila nyatakan bentuk, kuantiti dan tempoh?			
a) Do you smoke? If so, in what form, quantity and duration? <i>Adakah anda merokok? Jika ya, sila nyatakan bentuk, kuantiti dan tempoh?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
b) Do you drink beer, wine or spirits? If so, in what form and quantity? Adakah anda minum bir, wain atau alkohol? Jika ya, nyatakan bentuk dan kuantiti?			
b) Do you drink beer, wine or spirits? If so, in what form and quantity? <i>Adakah anda minum bir, wain atau alkohol? Jika ya, nyatakan bentuk dan kuantiti?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
c) Have you at any time been in the habit of drinking more heavily than you do now?(If so, please give details) Adakah anda, pada bila-bila masa, mempunyai tabiat minum yang lebih banyak daripada sekarang? (Jika ya, sila nyatakan)			
c) Have you at any time been in the habit of drinking more heavily than you do now?(If so, please give details) <i>Adakah anda, pada bila-bila masa, mempunyai tabiat minum yang lebih banyak daripada sekarang? (Jika ya, sila nyatakan)</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
d) Have you ever used habit forming drugs or narcotic, or been treated for alcoholism or drug habit? Adakah anda pernah mempunyai tabiat mengambil dadah atau narkotik, atau dirawat kerana ketagih alkohol atau dadah?			
d) Have you ever used habit forming drugs or narcotic, or been treated for alcoholism or drug habit? <i>Adakah anda pernah mempunyai tabiat mengambil dadah atau narkotik, atau dirawat kerana ketagih alkohol atau dadah?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
e) Have you any other physical defects or health impairments? Adakah anda mengalami apa-apa kecacatan fizikal atau gangguan kesihatan yang lain?			
e) Have you any other physical defects or health impairments? <i>Adakah anda mengalami apa-apa kecacatan fizikal atau gangguan kesihatan yang lain?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
5. a) To the best of your knowledge and belief, has any of your immediate family members ever had or died from cancer, tuberculosis, diabetes, heart disease, hypertension, mental disease, kidney disease or any other hereditary disease? Sepanjang pengetahuan dan kepercayaan anda, adakah mana-mana ahli keluarga terdekat anda pernah menghidap atau mati akibat kanser, tuberkulosis, diabetes, penyakit jantung, hipertensi, penyakit mental, penyakit buah pinggang atau sebarang penyakit keturunan yang lain?			
a) To the best of your knowledge and belief, has any of your immediate family members ever had or died from cancer, tuberculosis, diabetes, heart disease, hypertension, mental disease, kidney disease or any other hereditary disease? <i>Sepanjang pengetahuan dan kepercayaan anda, adakah mana-mana ahli keluarga terdekat anda pernah menghidap atau mati akibat kanser, tuberkulosis, diabetes, penyakit jantung, hipertensi, penyakit mental, penyakit buah pinggang atau sebarang penyakit keturunan yang lain?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
b) Has your spouse suffered from any AIDS related condition or tested HIV positive? Adakah suami/isteri anda menghidap apa-apa penyakit yang berkaitan dengan AIDS atau telah diuji sebagai HIV positif?			
b) Has your spouse suffered from any AIDS related condition or tested HIV positive? <i>Adakah suami/isteri anda menghidap apa-apa penyakit yang berkaitan dengan AIDS atau telah diuji sebagai HIV positif?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
6. FAMILY RECORD REKOD KELUARGA			
	Age Umur	Age of death Umur pada tarikh kematian	Cause of death Punca kematian
Father Bapa			
Mother Ibu			
7. a) Has your weight changed more than 5 kg in the past year, if so why? Adakah berat badan anda berubah lebih daripada 5 kg pada tahun lepas, jika ya, mengapa?			
a) Has your weight changed more than 5 kg in the past year, if so why? <i>Adakah berat badan anda berubah lebih daripada 5 kg pada tahun lepas, jika ya, mengapa?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	
b) Has any application for insurance on your life ever been declined, withdrawn, postponed, rated or modified in any way? Adakah sebarang permohonan insuran hayat anda ditolak, ditarik balik, ditangguh, dikadarkan atau diubah suai dalam apa cara sekalipun?			
b) Has any application for insurance on your life ever been declined, withdrawn, postponed, rated or modified in any way? <i>Adakah sebarang permohonan insuran hayat anda ditolak, ditarik balik, ditangguh, dikadarkan atau diubah suai dalam apa cara sekalipun?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>	

Statement To The Medical Examiner

<p>8. FEMALE ONLY UNTUK WANITA SAHAJA</p> <p>a) Have you ever had any disease of the breast or female organs or complications at childbirth? <i>Adakah anda pernah menghidap sebarang penyakit payudara atau organ wanita atau komplikasi ketika melahirkan anak?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>b) Are you now pregnant? If so, how many months? <i>Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, berapa bulan?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>
<p>PLEASE GIVE FULL DETAILS HERE. <i>SILA BERI MAKLUMAT TERPERINCI DISINI.</i></p>	

**DECLARATION & CONSENT
PENGISYTIHARAN & PERSETUJUAN**

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 these 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 jawapan tersebut akan menjadi sebahagian daripada apa-apa polisi, dan pihak Syarikat akan atau mungkin bergantung padanya.

Having read and understood the contents hereof, I also hereby authorize any of the Company's appointed medical examiners or designated laboratories to conduct or perform blood and/or urine tests, as may be necessary to underwrite my application for insurance coverage. These may include, but are not limited to, tests for cholesterol and related blood lipids, diabetes, liver or kidney disorders, infection by the AIDS virus, immune disorders or the presence of medication, drugs nicotine or their metabolites.

Setelah membaca dan memahami kandungan dokumen ini, saya dengan ini juga membenarkan mana-mana pemeriksa kesihatan atau makmal tertentu yang dipilih oleh Syarikat untuk menjalankan atau melakukan ujian darah dan/atau air kencing, seperti yang mungkin perlu untuk menanggung jamin permohonan ini untuk mendapatkan perlindungan insurans. Ini mungkin termasuk, tetapi tidak terhad kepada, ujian bagi kolestrol dan lipid darah yang berkaitan, diabetes, hati atau buah pinggang, jangkitan virus AIDS, gangguan imun atau adanya pengambilan ubat, dadah nikotin atau metabolitnya.

Provided that, unless my prior consent has been obtained, the Company shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall be for the purpose of this application or further applications for insurance with the Company except to such an extent that disclosure is required by the Life Insurance Association of Malaysia, any proper Government Authority or by law, and further provided that the Company shall use all care in carrying out any such test, but shall not be liable for any unforeseen occurrence, act or omission, unless the Company has been negligent.

Dengan syarat bahawa, melainkan persetujuan saya diperolehi terlebih dahulu, Syarikat boleh pada bila-bila masa merahsiakan semua keputusan bagi mana ujian tersebut dan penggunaannya hendaklah hanya untuk tujuan permohonan ini atau permohonan yang lain untuk mendapatkan insurans dengan Syarikat sehinggalah pendedahan dikehendaki oleh Persatuan Insurans Nyawa Malaysia, mana-mana Pihak Berkuasa Kerajaan yang sah atau mengikut undang-undang seterusnya dengan syarat bahawa Syarikat boleh menggunakan semua perlindungan semasa menjalankan apa-apa ujian sedemikian, tetapi tiada bertanggungjawab atas mana-mana kejadian, tindakan atau peninggalan yang tidak diduga, melainkan Syarikat didapati cuai.

I hereby further authorize any physician, hospital, clinic, insurance company or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of the me or my abovenamed child or the child's health, to disclose to the Company or its representative any and all information about the me child with reference to the my child's health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. A photostat copy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

Saya, dengan ini juga membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai apa-apa rekod atau maklumat tentang diri saya atau kesihatan kanak-kanak saya yang namanya dinyatakan di atas atau kesihatan kanak-kanak ini, untuk mendedahkan kepada Syarikat atau wakilnya, apa-apa dan semua maklumat tentang kanak-kanak ini yang berkaitan dengan kesihatan dan sejarah perubatan kanak-kanak saya ini serta penghospitalan, nasihat, rawatan atau penyakit. Salinan bagi kebenaran ini akan berkuat kuasa dan sah seperti salinan asal.

Witnessed by Medical Examiner
Disaksikan oleh Pemeriksa Perubatan

Signature of Witness (the Medical Examiner)
Tandatangan Saksi (Pemeriksa Perubatan)

Note/Nota:

Please write the name of the Medical Examiner/
Sila tulis nama Pemeriksa Perubatan

Signature of Proposed Insured
Tandatangan Hayat Diinsuranskan Yang Dicadangkan

Signature of Proposed Owner
Tandatangan Pemunya Yang Dicadangkan

Date / Tarikh

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

(dd/mm/yyyy) / (hh/bb/tttt)

Medical Examiner's Confidential Report - to be completed by Medical Examiner

Laporan Sulit Pemeriksa Kesehatan - Untuk dilengkapi oleh Pemeriksa Kesehatan

<p>THIS EXAMINATION SHOULD BE MADE IN PRIVATE. NO THIRD PERSON SHOULD BE PRESENT PEMERIKSAAN INI HENDAKLAH DIJALANKAN SECARA SULIT. ORANG KETIGA TIDAK BOLEH ADA SEMASA PEMERIKSAAN.</p>	<p>DETAILS-PLEASE GIVE FULL DETAILS OF ADVERSE FINDINGS AND OPINIONS MAKLUMAT-SILA BERIKAN MAKLUMAT TERPERINCI BAGI PENEMUAN DAN PENDAPAT YANG TIDAK SESUAI.</p>																				
<p>9. Have you ever seen the proposed life professionally before? <i>Pernahkan sebelum ini anda merawat orang yang dicadangkan?</i> If "YES", we would appreciate if you would review your records to confirm that all item of the proposed life physical history have been declared overleaf. If not, please give details of any omissions or inaccuracies. <i>Jika "YA", kami berharap anda dapat menyemak rekod anda untuk mengesahkan bahawa semua butir sejarah fizikal orang yang dicadangkan telah diisytiharkan di halaman sebelah. Jika tidak, sila berikan butir-butir bagi apa-apa yang tertinggal atau tidak tepat.</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				
<p>10. Are you in any way related to the proposed life or to the agent? <i>Adakah anda dalam apa cara sekalipun mempunyai kaitan dengan orang yang diinsuranskan atau ejen?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				
<p>11. (a) Is there any evidence of ulcers, hernia, piles, fistula or varicose veins? <i>Adakah apa-apa tanda ulser, hernia, buasir, fistula atau vena varikos?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				
<p>(b) Does appearance indicate poor health? <i>Adakah penampilannya menunjukkan pesakit tidak sihat?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				
<p>(c) Does he / she appear older than stated age? <i>Adakah dia kelihatan lebih tua daripada umur dinyatakan?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 5px;">Height <i>Tinggi (cm)</i></td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 5px;">Weight <i>Berat (kg)</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">For Male only <i>Untuk Lelaki Sahaja</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Chest <i>Dada (cm)</i> (Force Expiration) <i>(Tarik Nafas)</i></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Chest <i>Dada (cm)</i> (Force Inspiration) <i>(Hembus nafas)</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Visual acuity <i>Ketajaman penglihatan</i></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Uncorrected <i>Tidak dibetulkan</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Corrected <i>Dibetulkan</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Right eye <i>Mata kanan</i></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Left eye <i>Mata kiri</i></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		Height <i>Tinggi (cm)</i>	Weight <i>Berat (kg)</i>	For Male only <i>Untuk Lelaki Sahaja</i>				Chest <i>Dada (cm)</i> (Force Expiration) <i>(Tarik Nafas)</i>	Chest <i>Dada (cm)</i> (Force Inspiration) <i>(Hembus nafas)</i>	Visual acuity <i>Ketajaman penglihatan</i>	Uncorrected <i>Tidak dibetulkan</i>	Corrected <i>Dibetulkan</i>		Right eye <i>Mata kanan</i>				Left eye <i>Mata kiri</i>			
Height <i>Tinggi (cm)</i>	Weight <i>Berat (kg)</i>	For Male only <i>Untuk Lelaki Sahaja</i>																			
		Chest <i>Dada (cm)</i> (Force Expiration) <i>(Tarik Nafas)</i>	Chest <i>Dada (cm)</i> (Force Inspiration) <i>(Hembus nafas)</i>																		
Visual acuity <i>Ketajaman penglihatan</i>	Uncorrected <i>Tidak dibetulkan</i>	Corrected <i>Dibetulkan</i>																			
Right eye <i>Mata kanan</i>																					
Left eye <i>Mata kiri</i>																					
<p>12. Do you find any evidence of past or present disease of abnormality of <i>Adakah anda menemui sebarang tanda-tanda penyakit atau keabnormalan malam yang lepas atau yang sedang dialami :-</i></p>																					
<p>(a) Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)? <i>Sistem pernafasan (paru-paru, pleura, rangka dada)?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				
<p>(b) Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)? <i>Sistem saraf pusat atau perifer (termasuk refleks, gaya jalan, kelumpuhan)?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				
<p>(c) Genito-urinary system? <i>Sistem genito-urinari?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				
<p>(d) Gastrointestinal system? <i>Sistem gastrousus?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				
<p>(e) Skin, bones or joint (including varicose veins, deformities, lameness, amputation, scars/identifying mark)? <i>Kulit, tulang atau sendi (termasuk vena varikos, cacat bentuk, tempang, amputasi, parut/tanda yang dikenal pasti)?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/></p>																				

Statement To The Medical Examiner

(f) Eyes, ears, nose, throat and mouth (including impairment of sight or hearing)? <i>Mata, telinga, hidung, tekak dan mulut (termasuk kecacatan penglihatan dan pendengaran)?</i>	Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
(g) Thyroid or other endocrine glands or metabolic and haemopoietic systems? <i>Tiroid atau kelenjar endokrin atau system metabolik dan hemopoietik yang lain?</i>	Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
(h) Lymphatic system <i>Sistem limfatik</i>	Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
(i) Breasts <i>Payudara</i>	Yes <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

13. (A) URINALYSIS
URINALISIS

	Blood Kandungan Darah*	Sugar Kandungan Gula	Albumin Kandungan Albumin	Specific Gravity Graviti Tertentu
"N.B. "Trace" Amount, amount must be noted <i>Catatan : Jumlah "surih" mestilah dicatat</i>				

Send specimen for microscopic urinalysis if :-
Hantar spesimen untuk urinalisis mikroskopik jika :-

- | | |
|--|--|
| (a) Blood pressure is over 140/90
<i>Tekanan darah melebihi 140/90</i> | (d) Applicant is a diabetic or under treatment for blood pressure
<i>Pemohon menghidap diabetes atau di bawah rawatan tekanan darah</i> |
| (b) Albumin, blood or sugar is present
<i>Ada albumin, darah atau gula</i> | (e) Family history of diabetes
<i>Sejarah keluarga menghidap diabetes</i> |
| (c) There are any findings or history of urinary disease
<i>Terdapat apa-apa penemuan atau sejarah penyakit urinari</i> | |

*If blood detected in female clients-kindly indicate L.M.P. / *Jika darah dikesan pada pemohon wanita-sila nyatakan L.M.P.*

(B) Is blood specimen sent for analysis? If 'Yes' please indicate the Profile.
Adakah spesimen darah dihantar untuk analisis? Jika "Ya", sila nyatakan Profilnya?

Yes
Ya

No
Tidak

14. BLOOD PRESSURE (if over 140 systolic 90 distolic or with history of hypertension, record 3 readings)
TEKANAN DARAH (Jika melebihi 140 sistolik atau 90 diastolik atau mempunyai sejarah hipertensi, catat 3 bacaan)

Systolic <i>Sistolik</i>	mmHg	mmHg	mmHg
Diastolic (5th phase) <i>Diastolik (fasa ke-5)</i>	mmHg	mmHg	mmHg

15. PULSE
NADI

At Rest
Keadaan Rehat

Rate Per Minute
Kadar Per Minit

Irregularities Per Minute
Ketidakteraturan Per Minit

16. HEART / JANTUNG

Apex beat located in _____ Intercostal space _____ cm to the _____
Denyut apeks dikesan di _____ Ruang interkostal _____ sm ke _____

Right Left of the MIDSTERNAL line
Kanan Kiri garisan MIDSTERNAL

Is the heart enlarged?
Adakah jantung membengkak?

Yes
Ya

No
Tidak

Is there any
Adalah berlaku

(a) Arteriosclerosis or aneurysm?
Aterosklerosis atau aneurisme?

Yes
Ya

No
Tidak

Statement To The Medical Examiner

(b) Hypertrophy or oedema? <i>Hipertrofi atau edema?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
(c) Murmur (if murmur is present, describe below) <i>Deruan (jika ada deruan, huraikan di bawah)</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;">Location <i>Lokasi</i></td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Parasternal <i>Parasternal</i></td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Apex <i>Apeks</i></td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Aortic area <i>Bahagian Aorta</i></td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Base <i>Pangkat</i></td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Pulmonary area <i>Bahagian Pulmonari</i></td> </tr> <tr> <td>Timing <i>Pemasaan</i></td> <td><input type="checkbox"/> Systolic <i>Sistolik</i></td> <td><input type="checkbox"/> Diastolic <i>Diastolik</i></td> <td><input type="checkbox"/> Presystolic <i>Prasistolik</i></td> <td><input type="checkbox"/> Pansystolic <i>Pansistolik</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Intensity <i>Keamatan</i></td> <td><input type="checkbox"/> Soft <i>Lembut</i></td> <td><input type="checkbox"/> Moderate <i>Sederhana</i></td> <td><input type="checkbox"/> Loud <i>Kuat</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transmission <i>Penghantaran</i></td> <td><input type="checkbox"/> None <i>Tiada</i></td> <td><input type="checkbox"/> Axilia <i>Aksilia</i></td> <td><input type="checkbox"/> Scapula <i>Skapula</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>After exercise <i>Selepas bersenam</i></td> <td><input type="checkbox"/> Absent <i>Tiada</i></td> <td><input type="checkbox"/> Decreased <i>Berkurangan</i></td> <td><input type="checkbox"/> Unchanged <i>Tidak Berubah</i></td> <td><input type="checkbox"/> Increased <i>Bertambah</i></td> <td></td> </tr> </table>	Location <i>Lokasi</i>	<input type="checkbox"/> Parasternal <i>Parasternal</i>	<input type="checkbox"/> Apex <i>Apeks</i>	<input type="checkbox"/> Aortic area <i>Bahagian Aorta</i>	<input type="checkbox"/> Base <i>Pangkat</i>	<input type="checkbox"/> Pulmonary area <i>Bahagian Pulmonari</i>	Timing <i>Pemasaan</i>	<input type="checkbox"/> Systolic <i>Sistolik</i>	<input type="checkbox"/> Diastolic <i>Diastolik</i>	<input type="checkbox"/> Presystolic <i>Prasistolik</i>	<input type="checkbox"/> Pansystolic <i>Pansistolik</i>		Intensity <i>Keamatan</i>	<input type="checkbox"/> Soft <i>Lembut</i>	<input type="checkbox"/> Moderate <i>Sederhana</i>	<input type="checkbox"/> Loud <i>Kuat</i>			Transmission <i>Penghantaran</i>	<input type="checkbox"/> None <i>Tiada</i>	<input type="checkbox"/> Axilia <i>Aksilia</i>	<input type="checkbox"/> Scapula <i>Skapula</i>			After exercise <i>Selepas bersenam</i>	<input type="checkbox"/> Absent <i>Tiada</i>	<input type="checkbox"/> Decreased <i>Berkurangan</i>	<input type="checkbox"/> Unchanged <i>Tidak Berubah</i>	<input type="checkbox"/> Increased <i>Bertambah</i>			
Location <i>Lokasi</i>	<input type="checkbox"/> Parasternal <i>Parasternal</i>	<input type="checkbox"/> Apex <i>Apeks</i>	<input type="checkbox"/> Aortic area <i>Bahagian Aorta</i>	<input type="checkbox"/> Base <i>Pangkat</i>	<input type="checkbox"/> Pulmonary area <i>Bahagian Pulmonari</i>																											
Timing <i>Pemasaan</i>	<input type="checkbox"/> Systolic <i>Sistolik</i>	<input type="checkbox"/> Diastolic <i>Diastolik</i>	<input type="checkbox"/> Presystolic <i>Prasistolik</i>	<input type="checkbox"/> Pansystolic <i>Pansistolik</i>																												
Intensity <i>Keamatan</i>	<input type="checkbox"/> Soft <i>Lembut</i>	<input type="checkbox"/> Moderate <i>Sederhana</i>	<input type="checkbox"/> Loud <i>Kuat</i>																													
Transmission <i>Penghantaran</i>	<input type="checkbox"/> None <i>Tiada</i>	<input type="checkbox"/> Axilia <i>Aksilia</i>	<input type="checkbox"/> Scapula <i>Skapula</i>																													
After exercise <i>Selepas bersenam</i>	<input type="checkbox"/> Absent <i>Tiada</i>	<input type="checkbox"/> Decreased <i>Berkurangan</i>	<input type="checkbox"/> Unchanged <i>Tidak Berubah</i>	<input type="checkbox"/> Increased <i>Bertambah</i>																												
Diagnosis <i>Diagnosis</i>																																
Is there excessive dyspnea after exercise? <i>Adakah terdapat lebih dispnea selepas senaman?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
17. Do you suspect any abnormality in heart or vascular system upon review of your overall findings? <i>Adakah anda mengesyaki sebarang keabnormalan pada system jantung atau vaskular setelah menyemak keseluruhan penemuan anda?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
18. Do you have any reason to believe that the proposed insured s a higher than average risk for AIDS? If so, why? <i>Adakah anda mempunyai apa-apa alasan untuk mempercayai bahawa orang yang dicadangkan lebih berisiko tinggi daripada biasa menghidap AIDS. Jika ya, mengapa?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
19. a) Are you aware of any unfavourable features likely to affect his/her longevity? <i>Adakah anda tahu apa-apa tabiat tidak baik yang mungkin memudaratkan diri pemohon atau umurnya?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
(i) in the personal or family history? <i>dalam sejarah peribadi atau keluarga?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
(ii) disclosed by your medical examination? <i>diketahui melalui pemeriksaan kesihatan?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
20. a) Do you recommend any additional tests or reports? <i>Adakah anda mengesyorkan sebarang ujian atau laporan tambahan?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
b) Do you have any facts about this risk not brought up earlier? <i>Adakah anda tahu sebarang fakta tentang risiko ini yang tidak dikemukakan dahulu?</i>	Yes Ya <input type="checkbox"/>	No Tidak <input type="checkbox"/>																														
c) What is your general impression of the patient after completing your medical examination? <i>Apakah tanggapan anda secara umum tentang pesakit setelah selesai menjalankan pemeriksaan kesihatan?</i>																																
DETAILS-PLEASE GIVE FULL DETAILS OF ADVERSE FINDINGS AND OPINIONS. MAKLUMAT-SILA BERIKAN MAKLUMAT TERPERINCI BAGI PENEMUAN DAN PENDAPAT YANG TIDAK SESUAI.																																

**Declaration
Pengakuan**

I certify that I have personally verified the identity of the applicant whom I have examined. The examination has been conducted in private at

_____ on the _____

_____ Day of _____ 20 _____ at _____ am/pm.

Saya mengakui bahawa saya secara peribadi telah mengesahkan identiti pemohon yang telah saya periksa. Pemeriksaan telah dijalankan

secara sulit di _____ pada _____

_____ *Haribulan* _____ 20 _____ *pada* _____ *pagi/petang*.

Name of Medical Examiner
Nama Pemeriksa Perubatan

Signature of Medical Examiner
Tandatangan Pemeriksa Perubatan

Examiner Code Number
Nombor Kod Pemeriksa _____

Identity No (New) / No. K.P. _____

Clinic Rubber Stamp
Cop Klinik

**DOCTOR – PLEASE CHECK YOUR REPORT FOR OMISSIONS
DOKTOR – SILA SEMAK LAPORAN ANDA SEKIRANYA ADA BUTIR YANG TIDAK DIMASUKKAN**