

Examination Of Child For Juvenile Insurance Policy

Pemeriksaan Ke Atas Kanak-Kanak Untuk Polisi Insurans Juvenil

Important Note: Pursuant to section 149(4) of the Insurance Act, you are to disclose in the form, fully and faithfully, all facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be void.	
Medical Examiners report in connection with application for Juvenile policy to be used only in case of children under the age of 16 years. <i>Pemeriksa Kesihatan melaporkan berhubung dengan permohonan untuk polisi Juvenil yang hanya boleh digunakan bagi kanak-kanak di bawah umur 16 tahun.</i>	
Amount of assurance applied / Jumlah insurans yang dipohon:	RM
Proposal No / No. Cadangan	
Name of agent / Nama ejen	
Amount of existing assurance / Jumlah insurans sedia ada:	RM
Agents Code Account No / No. Akaun Kod Ejen:	
Full Name of Child / Nama Penuh Kanak-kanak:	
BC/NRIC No / No. Sijil Lahir/K.P.	
Date of Birth / Tarikh Lahir:	
Age / Umur:	
Sex / Jantina:	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan

Personal Statement To Medical Examiner

Pernyataan Peribadi Kepada Pemeriksa Kesihatan

(A)	Does your child have or has been told to have or been treated for <i>Adakah anak anda mengalami atau telah diberitahu mengalami atau dirawat bagi:</i>		
1	Bronchial asthma or other respiratory diseases <i>Asma bronkus atau penyakit lain yang berkaitan dengan pernafasan</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
2	Epilepsy febrile or any other diseases or abnormality of the brain or nervous system <i>Epilepsi, sawan febril atau sebarang penyakit lain atau keabnormalan otak atau sistem saraf</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
3	Blood diseases or disorders <i>Penyakit atau keabnormalan penyakit berkaitan darah</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
4	Heart diseases or disorders <i>Penyakit atau kerosakan jantung</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
5	Urogenital diseases or disorders <i>Penyakit atau kerosakan urogenital</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
6	Diabetes mellitus, goitres or any diseases of the endocrine glands <i>Diabetes mellitus, goiter atau sebarang penyakit yang berkaitan dengan kelenjar endokrin</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
7	Diseases of the liver, jaundice or hepatitis, stomach, gall bladder, intestine <i>Penyakit yang berkaitan dengan hati, demam kuning atau hepatitis, perut, pundi hempedu, usus</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
8	Diseases of the eye, ears, throat and nose <i>Penyakit mata, telinga, tekak dan hidung</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
9	Systemic Lupus erythematosus, musculoskeletal disorders, or diseases of the connective tissue or skin <i>Lupus Eritematosus Sistemik, kerosakan otot skeletal, atau penyakit tisu perantara atau kulit</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
10	Physical or mental defects <i>Kecacatan fizikal atau mental</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
(B)	In the past 5 years has this child had any of the following <i>Sejak 5 tahun yang lalu pernahkah kanak-kanak ini menjalani apa-apa daripada yang berikut:-</i>		

1	Diagnostic test such as X-rays, electrocardiograms, CT scans, echo, ultrasound, blood test or urine studies <i>Ujian diagnostik seperti X-ray, elektrokardiogram, scan CT, gema, ultrasound, ujian darah atau kajian air kencing</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
2	Illness, injury, operations, medical advice or physical check-up not mentioned above <i>Penyakit, kecederaan, pembedahan, nasihat perubatan atau pemeriksaan fizikal yang tidak dinyatakan di atas.</i>		
3	Been admitted to a hospital for any form of treatment or test <i>Dimasukkan ke hospital bagi sebarang bentuk rawatan atau ujian</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
(C)	Is this child on any form of treatment or medication at present? <i>Adakah kanak-kanak ini sedang menerima sebarang bentuk rawatan atau mengambil ubat pada masa ini?</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
(D)	Has this child ever: <i>Pernahkah kanak-kanak ini:</i>		
	Received any medical advice, counseling or treatment in connection with AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related condition; or been told had any of these; OR 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 yang berkaitan dengan AIDS; atau telah diberitahu menghidap mana-mana satu daripada ini; 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, nofus limfa yang membesar atau lesi kulit yang luar biasa?</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>

Medical Examiners Confidential Report

Laporan Sulit Pemeriksa Kesihatan

(E)	Physical Examination / Pemeriksaan Fizikal		
1	Height / Tinggi (cm) : _____ Weight / Berat (kg) : _____		
2	Visual acuity / Ketajaman penglihatan Left Eye / Mata Kiri : _____ Right Eye / Mata Kanan : _____		
(F)	After careful examination and history taking do you find any evidence of past or present diseases or abnormality of : <i>Selepas melakukan pemeriksaan teliti dan menyelidik sejarah perubatan adakah anda menemui sebarang tanda penyakit atau keabnormalan yang lepas atau sedang dialami</i> DETAILS of "YES" answer (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis, dates, duration and names and addresses of all attending doctors and medical facilities) <i>BUTIR bagi jawapan "YA" (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIR YANG BERKENAAN: Termasuk diagnosis, tarikh, tempoh, nama dan alamat bagi semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)</i>		
1	Brain or peripheral nervous system (including reflexes, gait, spasticity paralysis) <i>Otak atau sistem peripheral (termasuk refleks, gaya jalan, kelumpuhan spastic)</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
2	Cardiovascular system (Please state presence or absence of cyanosis, clubbing and describe murmur in details if any) Kindly indicate diagnosis or cardiovascular abnormalities detected if possible <i>Sistem Kardiovaskular (Sila nyatakan kehadiran atau ketiadaan sianosis, belantan dan huraikan deruan secara terperinci jika ada) Sila nyatakan diagnosis atau keabnormalan kardiovaskular yang dikesan jika boleh</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
3	Respiratory System <i>Sistem Pernafasan</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
4	Gastrointestinal System <i>Sistem Gastrosusus</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
5	Urogenital System <i>Sistem urogenital</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>

6	Blood disorders <i>Keabnormalan berkaitan penyakit darah</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
7	Endocrine disorders <i>Kerosakan endokrin</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
8	Arthritis, musculoskeletal, connective tissue or disorders of the skin <i>Arthritis, otot skeletal, tisu perantara atau kerosakan kulit</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
9	Ears, Nose, Throat, Eyes <i>Telinga, Hidung, Tekak, Mata</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
10	Lymphatic system <i>Sistem Limfatik</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
11	Identification marks present on body <i>Tanda pengenalan yang ada di badan</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
12	Does this child appear well nourished and in good health <i>Adakah kanak-kanak ini berada dalam keadaan sihat</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
13	Any physical deformities or mental disorders <i>Sebarang kecacatan fizikal atau gangguan mental</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
(G)	URINALYSIS (To be carried out only for children between 10 to 16 years or if there is history of renal disease) <i>URINALISIS (Dilakukan hanya ke atas kanak-kanak berumur 10 hingga 16 tahun atau jika terdapat sejarah penyakit renal)</i> "N.B. "Trace" Amount, amount must be noted <i>Catatan : Jumlah "surih" mestilah dicatat</i>		
	Specific Gravity/Graviti tentu		
	Blood/Kandungan Darah		
	Sugar/Kandungan Gula		
	Albumin/Kandungan Albumin		
(H)	Are you aware of any unfavourable features likely to affect his / her longevity? <i>Adakah anda mengetahui akan sebarang ciri yang tidak baik yang mungkin akan menjejaskan kelanjutan usianya?</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
1	In the personal history of the child <i>Dalam sejarah kanak-kanak ini</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
2	Disclosed by your medical examination <i>Didedahkan melalui pemeriksaan perubatan anda</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
3	Would you recommend any additional test or report <i>Adakah anda ingin mengesyorkan sebarang ujian atau laporan tambahan</i>	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
4	Do you consider the above child a higher than average risk for AIDS / Adakah anda menganggap kanak-kanak di atas lebih berisiko tinggi daripada biasa menghidap AIDS	YES / YA <input type="checkbox"/>	NO / TIDAK <input type="checkbox"/>
(I)	What is your general impression of the child after completing your examination <i>Apakah tanggapan umum anda terhadap kanak-kanak ini selepas selesainya pemeriksaan anda</i>		
(J)	Please state anything discovered or observed by you that has not been set forth above which may influence risk or longevity in this case <i>Sila nyatakan apa saja yang anda dapati atau amati yang tidak dikemukakan di atas yang mungkin mempengaruhi risiko</i>		

Examination of Child for Juvenile Insurance Policy / Pemeriksaan Ke Atas Kanak-Kanak Untuk Polisi Insurans Juvenil

I hereby certify that I have made this examination in private at _____ on the _____ day of _____ 20 _____ at _____ am/pm

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah melakukan pemeriksaan ini secara tertutup di _____ Pada _____ haribulan 20 _____ pada _____ pagi/petang.

Name of Examiner / Name Pemeriksa

Signature of Examiner / Tandatangan Pemeriksa

Examiner Code Number
Nombor Kod Pemeriksa _____

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

Clinic Rubber Stamp
Cop Klinik

Declaration & Consent / Pengakuan & Persetujuan

I confirm that the answers given by me regarding the abovenamed child are full, complete and true and agree that they shall form part of any policy, where these answers are, or may be, relied upon by the Company.

Saya mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan berkenaan kanak-kanak yang namanya dinyatakan di atas adalah lengkap, sempurna dan benar dan bahawa jawapan tersebut akan menjadi sebahagian daripada apa-apa polisi, dan pihak Syarikat akan atau mungkin bergantung kepadanya.

Having read and understood the contents hereof, I also hereby authorise 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 this 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 dilantik oleh Syarikat untuk menjalankan atau melakukan ujian darah dan / atau air kencing, seperti yang mungkin atau perlu untuk menanggung jamin permohonan ini mendapatkan perlindungan insurans, ini mungkin termasuk tetapi tidak terhad kepada, ujian bagi kolestrol dan lipid darah yang berkaitan, diabetes, hepa atau buah pinggang, jangkitan virus AIDS, gangguan imunisasi atau adanya pengambilan ubatan, dadah nikotin atau metabolik.

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 only be for the purposes 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 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 authorise any physician, hospital, clinic, insurance company or other organisation, institution or person, that has any record or knowledge of the abovenamed child or the child's health, to disclose to the Company or its representative any and all information about the child with reference to the child's health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. A photostat copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.

Saya dengan inin juga membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurance atau organisasi, institusi atau orang perseorangan, yang mempunyai apa-apa rekod atau maklumat tentang kanak-kanak 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 ini serta penghospitalan, nasihat, rawatan atau penyakit. Salinan fotokopi bagi kebenaran ini akan berkuatkuasa dan sah sepertimana salinan asal.

Dated this _____ day _____ 20 _____ at _____
Bertarikh _____ pada _____ di _____

Signature of child's Parents / Legal Guardian
Tandatangan Bapa / Penjaga kanak-kanak yang sah

Name / Nama: _____

Identity No / No K. P: _____

Witnessed by Medical Examiner /
Disaksikan oleh Pemeriksa Kesihatan

Signature or Thumb print of client
Tandatangan atau Cap jari pelanggan

NB/ExaminationOfChildForJuvenileInsurancePolicy/V2.0/2020

AXA AFFIN Life Insurance Berhad (200601003992)

8th Floor, Chulan Tower, No.3 Jalan Conlay, 50450 Kuala Lumpur Telephone: 03-2117 6688 Fax: 03-2117 3698
Customer Service: 1300 88 1616 Medical Card: 1300 80 0200 customer.care@axa-life.com.my www.axa.com.my