

## Epilepsy Questionnaire

### Pertanyaan Penyakit Sawan

To be completed by Proposed Insured/Proposed Owner <i>Untuk dilengkapkan oleh Hayat Diinsuranskan Yang Dicadangkan /Pemunya Yang Dicadangkan</i>	
APPLICATION NO NOMBOR PERMOHONAN : _____ PROPOSED INSURED HAYAT DINSURANSKAN YANG DICADANGKAN : _____	
(1) When did you first have an epileptic fit or blackout? <i>Bilakah pertama kali anda mengalami serangan sawan atau pitam?</i>	
(2) When did you have your last fit or blackout? <i>Bilakah kali terakhir anda mengalami serangan sawan atau pitam?</i>	
(3) How many attacks do you have per year? <i>Berapa kali kah serangan yang anda alami dalam setahun?</i>	
(4) Please indicate the type of epilepsy that you suffer from Grand mal, petit mal, temporal lobe, type unknown, others. <i>Sila nyatakan jenis penyakit sawan yang anda hidapi "Grand mai, petit mat, temporal lobe", jenis tidak diketahui, dan lain-lain.</i>	
(5) When do you have these fits or blackouts? Give full details. During day or at night; after excitement; after taking alcohol; after prolonged Mental anxiety; any other precipitating factors. <i>Bilakah anda mengalami serangan sawan atau pitam? Sila beri butir-butir penuh. Masa siang atau malam; selepas keseronokan; selepas mengambil alkohol, selepas berkeadaan Mental yang bimbang untuk satu jangka masa yang panjang; apa-apa tindakan terburu-buru.</i>	
(6) How long do the attacks last? <i>Berapa lamakah tempoh serangan itu?</i>	
(7) Do you lose consciousness? Is it only a passing dizziness or fainting? If "YES", please give full details. <i>Pernahkah anda hilang kesedaran? Adakah is hanya keadaan pening atau pengan? Jika jawapan "YA", sila beri butir-butir lanjut.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(8) If you do lose consciousness, how long does it last? <i>Sekiranya anda hilang kesedaran, berapa lamakah tempohnya?</i>	
(9) Have you ever injured yourself as a result of a fit or blackout? If "YES", please give full details. <i>Pernahkah anda mengalami kecederaan akibat serangan sawan atau pitam? Jika jawapan "YA", sila beri butir-butir lanjut.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(10) Does this condition influence any aspect of your occupation? If "YES", please give full details. <i>Adakah keadaan ini mempengaruhi apa-apa aspek pekerjaan anda? Jika jawapan "YA", sila beri butir-butir lanjut.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(11) Are you licensed to drive a motor vehicle? <i>Adakah anda mempunyai lesen untuk memandu kenderaan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(12) Please state any treatment you may have had, as well as any tablets taken. <i>Sila nyatakan apa-apa rawatan yang anda telah menjalani, dan juga apa-apa ubatan yang perlu diambil.</i>	
(13) Have you had any investigations, e.g. electroencephalograph (EEG), CT scan? <i>Pernahkah anda menjalani siasatan, contohnya "electroencephalograph (EEG), CT scan"?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(14) Please state name (s) and address (es) of doctor (s) consulted. <i>Sila nyatakan nama (-nama) dan alamat (-alamat) doktor(-doktor) yang anda telah runding.</i>	



I declare that the answer I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application. *Saya mengakui bahawa jawapan yang telah saya beri, adalah pada pengetahuan saya benar, dan saya tidak menyimpan apa-apa maklumat penting yang boleh mempengaruhi penilaian atau penerimaan permohonan ini.*

I agree that this form will constitute part of my application for life assurance and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract. *Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian daripada permohonan saya untuk insurans hayat dan kegagalan untuk mengemukakan apa-apa fakta penting yang saya tahu mungkin akan menjadikan kontrak ini tidak sah.*

Signature of applicant : \_\_\_\_\_  
Tandatangan permohon

Date : \_\_\_\_\_  
Tarikh

NB/EpilepsyQuestionnaireLifeAssured/V2.0/2020