

Back Disorder Questionnaire

Senarai Soalan Sakit Belakang

To be completed by Proposed Insured/Proposed Owner
 Untuk dilengkapkan oleh Hayat Diinsuranskan Yang Dicapadangkan /Pemunya Yang Dicapadangkan

APPLICATION NO

NOMBOR PERMOHONAN

PROPOSED INSURED

HAYAT DINSURANSKAN YANG DICADANGKAN :

1. When did you first suffer from a back disorder? <i>Bilakah anda pertama kali mengalami sakit belakang?</i>	1.
2. Please state <i>Sila nyatakan</i> (a) The cause and <i>sebab dan</i> (b) The exact nature of the back trouble, if known. <i>keadaan masalah belakang yang tepat, jika diketahui</i>	2. (a) (b)
3. Please describe the symptoms fully. <i>Sila huraikan sepenuhnya tanda-tanda masalah berkenaan.</i>	3.
4. Please give the names and addresses of all doctors consulted and approximate dates. <i>Sila berikan nama dan alamat semua doktor yang dirunding dan anggaran tarikh.</i>	4. Date/Tarikh Names>Nama Addresses/Alamat
5. (a) Have you undergone spinal X-ray? <i>Adakah anda membuat pemeriksaan sinar-X spinal? It so, please give dates and results. Jika demikian, sila berikan tarikh dan keputusan.</i> (b) What was the nature of the treatment? <i>Apakah jenis rawatan tersebut?</i> (c) Are you still undergoing treatment? <i>Adakah anda masih menjalani rawatan?</i>	5. (a) (b) (c) <input type="checkbox"/> Yes/Ya Details/Butiran <input type="checkbox"/> No/Tidak Details treatment ceased/Tarikh rawatan tamat
6. Have you had any recurrence of back trouble? <i>Adakah anda mengalami apa-apa masalah belakang yang berulang?</i> <i>How many? / Berapa kali?</i>	
7. Are you able to carry out most of your normal activities during an attack? <i>Adakah anda berkeupayaan untuk melakukan kebanyakan aktiviti anda yang normal semasa serangan?</i> <i>e.g. walk, bend etc?</i> <i>Contoh: berjalan, membongkok dsb?</i>	7.
8. How much time from your occupation have you lost through your Back disorder? <i>Berapa banyakkah masa daripada pekerjaan anda yang telah hilang akibat sakit belakang?</i>	8.
9. For how long have you been completely free of all symptoms? (i.e. pain, stiffness, restricted movement or activities) <i>Untuk berapa lamakah anda bebas daripada semua tandatanda kesakitan? (contoh: sakit, kekakuan, pergerakan atau aktiviti yang terhad)</i>	9.
10. Miscellaneous <i>Lain-lain</i>	10.



I HEREBY DECLARE AND AGREE on behalf of myself the Child and all Covered Person(s) and other persons referred to in this application ("Relevant Persons") that (1) all statements and answers to all questions whether or not written by my own hand are to the best of my knowledge and belief complete and true; (2) all answers to such questions, together with this application, shall form the basis and become a part of the policy; (3) the Company is not bound by any statement which I may have made to any person it not written or printed here, (4) any personal data of the Relevant Persons collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise), may be used in connection with matching for whatever purpose (whether or not with a view to taking any adverse action against me/the Child and all Covered Person(s) with such other personal data and /or may be used, stored, disclosed, transferred (whether within or outside Malaysia) to such persons as the Company may consider necessary including without limitation any of its affiliated companies, reinsurers or any individuals /organizations associated with the Company to (i) underwrite and evaluate this application and any other application for insurance; (iii) provide all services related to this application and promote, improve and further promotion of services by the Company and its affiliated companies. (iii) Communicate with the Relevant Persons for any other purpose and for comply with the laws of any applicable jurisdiction. If I the Child or all Covered Person(s) fail to provide any information requested in this application, it may result in the Company's inability to accept this application.

I HEREBY AUTHORISE on behalf of myself/the Child and all Covered Person(s) (1) any employer registered medical practitioner, hospital, clinic, insurance company, bank, government institution or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of me/the Child or any of the Covered Person(s) and who has attended or may hereafter attend to me the Child and or all Covered Person(s) to disclose such information to the Company; (2) the Company or any of its appointed medical examiners or laboratories to perform the necessary medical assessments and tests to evaluate the health status of myself the Child or any Covered Person(s) in relation to this application and any arising therefrom. This authorization shall bind the successors and assignees of myself the Child and all Covered Person(s) and remains valid notwithstanding death or incapacity. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

I DECLARE AND AGREE that I have the full authority from and consent of the Relevant Persons to make the above declaration, agreements and authorizations. The Relevant Persons have the right under the Personal Data (Privacy) Ordinance to request access to and correct any of the personal data held by the Company concerning the Relevant Persons. Any request may be made in writing and addressed to the head of the Policy owners' Service Department at Floor Chulan Tower, 3 Jalan Conlay, 50450 Kuala Lumpur.

SAYA DENGAN IN MEMPERAKUI DAN MEMPERSETUJUI bagi pihak diri saya sendiri/Anak dan semua Orang Yang Dilindungi dan orang lain yang dirujuk dalam permohonan ini ("Pihak Yang Relevan") bahawa (1) semua kenyataan dan jawapan sama ada yang dengan tangan saya sendiri atau tidak adalah dalam pengetahuan dan kepercayaan saya yang terbaik lengkap dan benar, (2) semua jawapan kepada soalan sedemikian, bersama-sama dengan permohonan ini, hendaklah menjadi asas untuk dan menjadi sebahagian daripada polisi, (3) Syarikat tidak terikat oleh mana-mana yang mungkin telah saya buat kepada mana-mana orang jika tidak ditulis atau dicetak disini; (4) mana-mana data peribadi Pihak Yang Relevan yang dikumpul atau dipegang oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau sebaliknya) boleh digunakan berhubungan dengan pemedanan untuk apa jua tujuan (sama ada dengan niat untuk mengambil tindakan sebaliknya terhadap saya/Anak dan semua Orang Yang Dilindungi atau dengan data peribadi lain sedemikian boleh digunakan, disimpan, didedahkan, dipindahkan (sama ada di dalam atau di luar Malaysia) kepada orang sedemikian yang Syarikat anggap perlu termasuk tanpa had mana-mana syarikat sekutunya, penanggung insurans semula atau mana-mana Individu/organisasi yang bersekutu dengan Syarikat untuk (i) mengunderait dan menaksir permohonan ini dan mana-mana permohonan lain untuk insurans (ii) menyediakan semua perkhidmatan yang berkaitan dengan permohonan ini dan membaiki serta merpromosikan, perkhidmatan Syarikat yang selanjutnya dan syarikat-Syarikat sekutunya. (iii) berkomunikasi dengan Pihak Yang Relevan untuk apa-apa tujuan lain dan/atau mematuhi undang-undang mana-mana bidang kuasa yang terpakai. Jika, saya/Anak atau Orang Yang Dilindungi gagal memberikan apa-apa maklumat yang diminta dalam permohonan ini, ia boleh mengakibatkan ketakupayaan Syarikat untuk menerima permohonan ini.

SAYA DENGAN INI MEMBERI KUASA bagi pihak diri saya sendiri/Anak dan semua Orang Yang Dilindungi (1) mana-mana majikan, pengamal perubatan yang berdaftar, hospital, klinik, syarikat insurans, bank, institusi kerajaan, organisasi lain, institusi orang, yang mempunyai apa-apa rakod atau pengetahuan tentang saya/Anak atau mana-mana Orang Yang Dilindungi dan yang telah melayani atau mungkin selepas ini melayani saya/Anak Orang Yang Dilindungi untuk mendapatkan maklumat sedemikian kepada Syarikat; (2) Syarikat atau mana-mana daripada pemeriksa perubatan atau makmal yang dilantiknya untuk menjalankan penilaian dan ujian perubatan yang perlu untuk menilai status kesihatan saya/Anak dan mana-mana Orang Yang Dilindungi berkenaan dengan permohonan ini dan apa-apa tuntutan yang timbul daripadanya. Pemberian kuasa ini hendaklah mengikat pengganti dan pemegang serah hak saya/Anak dan semua Orang Yang Dilindungi dan kekal sah walaupun berlaku kematian dan ketidakupayaan. Satu salinan pemberian kuasa ini hendaklah dijadikan seperti yang asal.

SAYA MEMPERAKUI DAN MEMPERSETUJUI bahawa saya mempunyai kuasa penuh dan persetujuan daripada Pihak Yang Relevan untuk membuat pengisytiharaan, perjanjian dan pemberian kuasa diatas. Pihak Yang Relevan mempunyai hak dibawah Ordinan Data Peribadi (Inovasi) untuk meminta capaian kepada dan membetulkan apa-apa data peribadi yang dipegang oleh Syarikat yang melibatkan Pihak Yang Relevan, Apa-apa permintaan boleh dibuat secara bertulis dan dialamatkan kepada Ketua Jabatan Khidmat Pemegang Polisi di Atas 8 Chulan Tower, 3 Jalan Conlay, 50450 Kuala Lumpur.

Signature of Proposed Insured
Tandatangan Hayat Diinsuranskan
Yang Dicalangkan

Signature of Proposed Owner
Tandatangan Pemunya Yang
Dicalangkan

Signature Of Witness
Tandatangan Saksi

Date Y /M /D
Tarikh T/B/H

NB/BackDisorderQuestionnaireLifeAssured/V2.0/2020