

## Allianz Medicure - Individual Health Declaration Form / Allianz Medicure - Borang Pengesahan Kesihatan Individu

### PART 1 / BAHAGIAN 1 - PARTICULAR OF PERSON TO BE INSURED / MAKLUMAT ORANG YANG AKAN DIINSURANSKAN

Salutation / Gelaran	<input type="checkbox"/> Mr. / Tuan <input type="checkbox"/> Madam / Puan <input type="checkbox"/> Miss / Cik <input type="checkbox"/> Others (please specify) / Lain-lain (sila nyatakan)		
Name of Proposer / Nama Pencadang			
Name of Person to be Insured / Nama Orang Yang Akan Diinsuranskan			
ID Type / Jenis ID	<input type="checkbox"/> Code: [01] NRIC [02] Old IC/Others [03] Passport [04] Police/Army Kod: [01] Kad Pengenalan Baru [02] Kad Pengenalan Lama/Lain-lain [03] Pasport [04] Polis/Tentera		
ID No. / No. ID			
Date of Birth / Tarikh Lahir	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Gender / Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
Height / Tinggi	<input type="text"/> cm / sm	Weight / Berat	<input type="text"/> kg / kg
Nationality / Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others (please specify) / Lain-lain (sila nyatakan)		
Relationship to Proposer / Hubungan dengan Pencadang			
Occupation / Pekerjaan			

### PART 2 / BAHAGIAN 2 - QUESTIONNAIRE / SOALAN SOALAN SELIDIK

No.	Questions / Soalan-soalan	Yes / Ya	No / Tidak
1.	Have your applications for any Medical & Health Insurance or Life Insurance been declined, restricted or otherwise accepted with modified terms? / Pernahkan permohonan anda bagi mana-mana Insurans Perubatan dan Kesihatan atau Insurans Nyawa telah ditolak, dihadkan atau diterima dengan terma yang telah diubahsuai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Have you ever suffered from or been diagnosed with or are receiving any medical treatment or under medication or been hospitalized for: / Pernahkah anda menghidapi atau diberitahu yang anda menghidap atau menerima rawatan perubatan atau di bawah ubatan atau dimasukkan ke dalam hospital untuk:		
	(a) Cancer/Carcinoma/Malignancy, Leukaemia, Cerebral Palsy, Epilepsy, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), Autoimmune Disease, Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Psychiatric/Mental, Nervous Disorder, Autism or Down Syndrome? / Kanser/Karsinoma/Malignansi, Leukemia, Palsi Serebrum, Epilepsi, HIV (Virus Kurang Daya Ketahanan Melawan Penyakit), AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit), Penyakit Autoimun, Eritematosus Lupus Sistemik (SLE), Psikiatri/Mental, Gangguan Saraf, Autisme atau Sindrom Down?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Diabetes, Hypertension, Raised Cholesterol, Chest Pain, Palpitation, Heart Attack, Stroke or other Disease of the Heart or Blood Vessel, Disease of the Kidneys? / Kencing manis, Darah Tinggi, Kolesterol Tinggi, Sakit Dada, Palpitasi, Serangan Jantung, Strok atau Penyakit-penyakit Jantung atau Pembuluh Darah, Penyakit Buah Pinggang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Asthma, Bronchitis, Pneumonia, Tuberculosis, Lung Disease or other Respiratory Disorder? / Asma, Bronkitis, Pneumonia, Tuberkulosis, Penyakit Paru-paru atau Gangguan Pernafasan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Hernias, Peptic Ulcer, Gastritis, Disease of the Stomach or Intestine? / Hernia, Ulser Peptik, Gastrik, Penyakit Usus atau Perut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Jaundice, Liver or Gallbladder Disease or any type of Hepatitis? / Demam Kuning, Penyakit Hati atau Pundi Hempedu atau sebarang jenis Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(f) Persistent Protein or Blood in the Urine, Kidney Stone, Prostate, Genito-Urinary System? / Protein atau Darah yang berterusan dalam Air Kencing, Batu Karang, masalah prostat, Sistem Genito-Urinari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



No.	Questions / Soalan-soalan	Yes / Ya	No / Tidak
	(g) Goiter or Disease of Thyroids, Endocrine or other Glands? / <i>Beguk atau Penyakit Tiroid, Endocrine atau Kelenjar lain?</i> (h) Cyst, Growth, Lumps or Tumor or any kind of Skin Disease? / <i>Sista, Ketumbuhan, Ketulan atau Tumor atau apa-apa jenis Penyakit Kulit?</i> (i) Disease of the Eyes, Ears, Nose, Mouth or Throat? / <i>Penyakit Mata, Telinga, Hidung, Mulut atau Tekak?</i> (j) Venereal Disease (e.g. Gonorrhea, Syphilis)? / <i>Penyakit Kelamin (contohnya Gonorea, Sifilis)?</i> (k) Arthritis, Gout, Rheumatism or Disease or Disorder of the Muscles, Bones or Backache or Spine Disorders, Varicose Veins or Deep Vein Thrombosis? / <i>Arthritis, Gout, Reumatisme atau Penyakit atau Gangguan Otot, Tulang atau Sakit Belakang atau Gangguan Spina, Vena Varikos atau Trombosis Vena Dalam?</i> (l) Stones in the Urinary and Biliary System? / <i>Batu Karang di dalam sistem Pundi Kencing atau Hempedu?</i> (m) Any other Illness, Disease, Injury, Disabilities not mentioned above? / <i>Apa-apa Kesakitan, Penyakit, Kecederaan, Hilang Upaya yang tidak disebutkan di atas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Do you suffer from any physical impairment, infirmity, abnormality or congenital conditions? If Yes, please complete Activities of Daily Living (ADL) below: / <i>Adakah anda mengalami apa-apa Gangguan Fizikal, Keuzuran atau Keabnormalan atau keadaan Kongenital? Jika ya, sila lengkapkan Aktiviti Kehidupan Sehari-hari di bawah:</i> (a) Get in and out of a chair without requiring any third party physical assistance. / <i>Duduk atau bangun dari kerusi tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal pihak ketiga.</i> (b) Move from room to room without requiring any third party physical assistance. / <i>Bergerak dari bilik ke bilik tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal pihak ketiga.</i> (c) Able to voluntarily control bowel and bladder functions i.e. to main personal hygiene. / <i>Dapat mengawal sistem dan fungsi perkumuhan dan kencing bagi mengekalkan kebersihan diri.</i> (d) Put on and take off all necessary items of clothing without requiring any third party physical assistance. / <i>Memakai dan menanggalkan semua pakaian yang perlu tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal pihak ketiga.</i> (e) Able to take a bath or shower (including getting in our out of the bath or shower) or wash by any other means. / <i>Mampu untuk mandi (termasuklah kemampuan keluar daripada tempat mandian) atau membasuh dengan apa-apa cara.</i> (f) Physically able to eat food and put food into the mouth. / <i>Berkemampuan secara fizikal untuk makan dan meletakkan makanan ke dalam mulut.</i> Note / Nota: *Activities of Daily Living mean the ability to carry out any of the above activities. / <i>*Aktiviti-aktiviti Kehidupan Harian bermaksud kemampuan untuk melakukan aktiviti-aktiviti di atas.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Have you ever undergone any surgical procedure or been advised to have a surgical procedure but subsequently did not go through with such procedure? / <i>Pernahkah anda menjalani apa-apa prosedur pembedahan atau dinasihatkan untuk menjalani prosedur pembedahan tetapi anda kemudian tidak menjalani prosedur tersebut?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Have you in the past twelve (12) months had or been advised to have any Electrocardiogram, X-Ray, Blood or Urine Test or Diagnostic Tests? / <i>Pernahkah anda dalam masa dua belas (12) bulan yang lalu menjalani atau dinasihatkan menjalani sebarang Elektrokardiogram, sinaran-X, Ujian Darah atau Kencing, Biopsi atau Ujian Diagnostik yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Female Only / <i>Perempuan sahaja</i> (a) Are you now pregnant? If Yes, what stage of pregnancy are you at? / <i>Adakah anda sedang mengandung? Jika Ya, berapa bulan kandungan anda?</i> <input type="text"/> <input type="text"/> Months / <i>Bulan</i> (b) Have you ever had any disorder of the Breast or Female Organs, Menstrual Disorder, Abnormal Pap-Smear(s) or complications at Childbirth? / <i>Pernahkah anda menghidapi sebarang penyakit Payudara atau Organ Wanita, Masalah Haid, Abnormal Pap smear atau komplikasi semasa melahirkan anak?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Children Below 2 years of age / <i>Kanak-kanak di bawah umur 2 tahun</i> Was the child born premature or pre-term? If Yes, in what month/week of the pregnancy was the child born? / <i>Adakah kanak-kanak ini lahir secara pra-matang atau tidak cukup bulan? Jika Ya, sila nyatakan bulan/minggu dilahirkan?</i> <input type="text"/> <input type="text"/> months / <i>bulan</i> <input type="text"/> <input type="text"/> weeks / <i>minggu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If any of the answers is 'Yes' to the above questions, please give details below and number your answers to correspond with the number of the questions. / *Sekiranya mana-mana jawapan adalah 'Ya' bagi soalan di atas, sila berikan butiran di bawah dengan menulis nombor bagi jawapan tersebut supaya ia menyamai nombor soalan.*

No.	Details / Butiran-butiran

**PART 3 / BAHAGIAN 3 - DETAILS OF REGULAR DOCTOR / BUTIRAN DOKTOR TETAP**

Name of Doctor / Nama Doktor	Address / Alamat	Contact No. / No. Telefon	Date of Last Consultation / Tarikh Konsultasi Terakhir	Reason(s) for Consultation / Sebab-sebab Konsultasi

Note / Nota: Please attach separate sheet if space is insufficient. / Sila lampirkan kertas berasingan jika ruang tidak mencukupi.

**PART 4 / BAHAGIAN 4 - PLAN REQUIRED AND PREMIUM DETAILS, PLEASE TICK  PLAN SELECTED / PELAN DIPERLUKAN DAN BUTIRAN PREMIUM, SILA TANDAKAN  PELAN YANG DIPILIH**

Plan Required / Pelan Diperlukan	Non Cashless / Tunai	Cashless* / Tanpa Tunai*	Premium (RM) / Premium (RM)	Deductible (Optional) / Deduktibel (Pilihan)	Total Premium (RM) / Jumlah Premium (RM)
<input type="checkbox"/> Plan 1 OAL RM50,000 / Pelan 1 HTK RM50,000				<input type="checkbox"/> Option 1 RM10,000 / Pilihan 1 RM10,000	
<input type="checkbox"/> Plan 2 OAL RM80,000 Pelan 2 HTK RM80,000				<input type="checkbox"/> Option 2 RM20,000 / Pilihan 2 RM20,000	
<input type="checkbox"/> Plan 3 OAL RM120,000 / Pelan 3 HTK RM120,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Option 3 RM30,000 / Pilihan 3 RM30,000	
<input type="checkbox"/> Plan 4 OAL RM150,000 / Pelan 4 HTK RM150,000				<input type="checkbox"/> Option 4 RM40,000 / Pilihan 4 RM40,000	
<input type="checkbox"/> Plan 5 OAL RM250,000 / Pelan 5 HTK RM250,000				<input type="checkbox"/> Option 5 RM50,000 / Pilihan 5 RM50,000	
MCO Fee (RM) / Fee MCO (RM)					
Service Tax (RM) / Cukai Perkhidmatan (RM)					
<b>Total Amount (RM) / Jumlah Yang Perlu Dibayar (RM)</b>					

Notes / Nota:

- \*MCO Fee RM19.08 (inclusive 6% Service Tax) will be charged separately for Cashless Plan. / \*Fee MCO RM19.08 (termasuk 6% Cukai Perkhidmatan) akan dcaj secara berasingan untuk Pelan Tanpa Tunai.
- For Corporate Body, premium is subject to 6% of Service Tax. / Bagi Badan Korporat, premium tertakluk kepada 6% Cukai Perkhidmatan.
- Premium is further subject to RM10 Stamp Duty. / Premium tertakluk kepada Duti Setem RM10.

I hereby declare that I have fully and accurately answered the questions in this proposal form. I hereby authorize any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attends to me for any reason to disclose to the Company any and all information with respect to any illnesses or injury and to provide copies of all hospital or medical records/certifications, including any earlier medical history. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. I also agree and consent to the use of my personal data provided herein for the purposes stated in the Company's Privacy Statement that is found on the Company's website at allianz.com.my. / Saya dengan ini mengaku bahawa semua jawapan dalam borang cadangan ini adalah betul dan benar. Saya dengan ini membenarkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau sesiapa yang merawat saya atas sebarang sebab untuk mendedahkan apa-apa sahaja kepada Syarikat dan kesemua maklumat berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan dan mengemukakan salinan semua hospital atau rekod/sijil perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan surat kebenaran ini akan dianggap memadai dan sah sepertimana yang asal. Saya juga bersetuju dan memberi kebenaran kepada Syarikat untuk menggunakan maklumat peribadi saya di sini bagi tujuan yang dinyatakan di dalam Kenyataan Privasi Syarikat yang boleh dirujuk di laman sesawang Syarikat di allianz.com.my.

Signature of Person to be Insured /  
Tandatangan Orang Yang Akan Diinsuranskan

Date / Tarikh

Note / Nota:

Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad reserves the right to request for further health evidence if deemed necessary. This form must be filled by the employees. Please ensure that it is completed before submitting to Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad to avoid any delay in processing. / Pihak Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad berhak meminta bukti kesihatan jika ini dianggap perlu. Borang ini perlu diisi oleh kakitangan. Sila pastikan bahawa diisi dengan lengkap dan sempurna sebelum dihantar ke Allianz bagi mengelakkan sebarang kelewatan memprosesnya.