

Personal Health Declaration Form / Borang Pengakuan Kesihatan Peribadi

Allianz Life Insurance Malaysia Berhad (104248-X)



IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

1. Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Pengguna

Pursuant to Paragraph 5 Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance wholly for purposes unrelated to your trade, business or profession, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this <Application Form/Enrolment Form> and in addition disclose any other matter that you know to be relevant to ALIM's decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. / Menurut Perenggan 5 Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda memohon Insurans ini sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam <Borang Permohonan/Borang Enrolment> dan juga mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan ALIM menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai.

2. Non-Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Bukan Pengguna

Pursuant to Paragraph 4(1) Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance for purposes related to your trade, business or profession, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to ALIM's decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant. / Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda memohon Insurans bagi tujuan berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, anda mempunyai kewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan ALIM dalam menerima risiko dan dalam menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai dan apa-apa perkara yang seorang yang munasabah dalam hal keadaan itu boleh dijangka untuk tahu sebagai berkaitan.

3. Proof of age of the Life Assured shall be required prior to payment of any benefit under the Policy unless the age has been previously admitted. / Bukti umur Orang Diinsuranskan diperlukan bagi pembayaran faedah yang terkandung di dalam Polisi kecuali salinan bukti umur telah disertakan dahulu dan diakui.

4. If the age of the Life Assured is wrongly stated, ALIM may adjust the term of coverage or benefits at its sole and absolute discretion, subject to the provision of the prevailing laws. / Jika umur Orang Diinsuranskan salah dinyatakan, ALIM boleh mengubah tempoh perlindungan atau faedah atas budi bicara mutlak kami mengikut peruntukan di dalam undang-undang yang lazim.

5. You should ensure that the Personal Health Declaration form is completed accurately as it forms the basis of the insurance contract. / Anda harus memastikan boring Pengakuan Kesihatan diisi dengan setepak mungkin sebab boring tersebut membentuk asas kontrak polisi.

6. Please refer to the Policy Contract and Schedule issued subsequently for the completed details and terms and conditions of the Policy. / Sila rujuk kepada Kontrak dan Jadual Polisi yang diterbitkan kemudian untuk butir-butir dan terma dan syarat lengkap Polisi.

Instructions / Arahan

1. Please complete in CAPITAL LETTERS and tick (✓) in the appropriate boxes and please do not answer with "BLANK" or "-". Use BLACK ink only. / Sila lengkapkan dengan menggunakan HURUF BESAR dan tandakan (✓) dalam kotak yang berkenaan dan jangan "KOSONGKAN" atau isi dengan "-". Gunakan dakwat HITAM sahaja.
2. Do not strike out unused blank box/page. / Jangan pangkah atau tandakan bahagian yang tidak berkenaan.

Policy No. / No. Polisi

Name of Employer / Organization / Nama Syarikat

1. Details of Life Assured / Maklumat Orang Yang Diinsuranskan

Employee's Name (as per NRIC) / Nama Pekerja (seperti di dalam KP)

NRIC No. / No. Passport / No. KP / No. Pasport

Date of Birth / Tarikh Lahir

 - -

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

Gender / Jantina Male / Lelaki Female / PerempuanMarital Status / Taraf Perkahwinan Single / Bujang Married / Berkahwin
 Divorced / Berceraai Widowed / Duda/JandaHeight / Tinggi cm/sm Weight / Berat kg/kg

Occupation / Pekerjaan

Plan / Pelan
2. Statement by Life Assured / Pernyataan Orang Yang Diinsuranskan

	Yes / Ya	No / Tidak
1. Do you have or are you currently receiving medical treatment for any physical impairment, congenital or hereditary conditions or health impairment? / Adakah atau pernahkah anda menghidapi atau sedang menerima rawatan perubatan bagi sebarang kecacatan fizikal, kecacatan sejak dilahirkan atau keturunan atau masalah kesihatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. (a) In the past 5 years, have you received any advice or treatment for any illness, symptom or injury from a doctor, hospital, clinic or specialist, or done any diagnostic tests (including but not limited to X-ray, ECG or blood tests, ultrasound), except for common illnesses such as flu, cough or cold? / Dalam tempoh masa 5 tahun yang lepas, adakah anda pernah menerima sebarang nasihat atau rawatan untuk sebarang penyakit, simptom atau kecederaan daripada doctor, hospital, klinik atau pakar perubatan, atau menjalani sebarang ujian diagnostik (termasuk tetapi tidak terhad kepada X ray, ECG atau ujian darah, ultrasound) selain daripada penyakit biasa seperti demam, selsema dan batuk? (b) Do you intend to seek treatments or perform any investigation, or under observation for any medical condition in the next 12 months? / Adakah anda bercadang untuk mendapatkan rawatan atau melakukan apa-apa pemeriksaan, atau di bawah pemerhatian untuk sebarang penyakit dalam tempoh 12 bulan yang akan datang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had, or have been advised to have, any surgical operation, procedure or being hospitalized in the past 5 years? / Pernahkah anda atau dinasihati supaya menjalani pembedahan, prosedur atau dimasukkan ke hospital dalam tempoh 5 tahun yang lepas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. (a) In the past 5 years, have you ever had or been told to have or been treated for epilepsy, stroke, neurological or mental condition, diabetes, musculoskeletal condition, thyroid or endocrine condition, vision, hearing or speech impairment or any other disorders of the eye, ear, nose or throat, asthma, persistent cough or respiratory condition, high cholesterol, hypertension, chest pain, heart or valve condition, hepatitis, liver or gastrointestinal condition, kidney or urogenital condition, blood, lupus or autoimmune condition, cancer, tumour, cyst or growth of any kind, sexually transmitted disease, HIV, AIDS or AIDS related complexes? / Dalam tempoh 5 tahun yang lepas, adakah anda pernah menghidapi atau diberitahu atau, menerima rawatan untuk sawan (epilepsi), strok, gangguan saraf atau mental, kencing manis, muskuloskeletal, masalah tiroid atau endokrin, sebarang gangguan penglihatan, pendengaran atau percakapan atau sebarang penyakit mata, telinga, hidung atau tekak, asma, batuk berpanjangan atau sebarang gangguan pernafasan, kolesterol yang tinggi, tekanan darah tinggi, sakit dada, penyakit jantung atau gangguan injap jantung, hepatitis, penyakit hati atau penyakit saluran pencernaan gastrousus, masalah buah pinggang atau genito-urinari, penyakit berkaitan darah, lupus atau autoimun, kanser, tumor, sista atau pertumbuhan dalam apa jua bentuk, penyakit kelamin berjangkit, Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV), Sindrom Daya Tahan Penyakit (AIDS) atau sebarang situasi yang berkaitan dengan AIDS? (b) Any other injuries, illness, disorder, operation, accident, physical disability or recurrent symptoms not mentioned above? / Sebarang kecederaan, penyakit, gangguan, pembedahan, kemalangan, kecacatan fizikal atau sebarang simptom yang berulang yang tidak dinyatakan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have any of your application for insurance been declined, postponed, rated up or accepted at special term within the last 3 years? / Pernahkah permohonan insurans anda ditolak, ditunda, dinaikkan kadar atau diubahsuai dalam tempoh 3 tahun yang lepas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. FEMALE ONLY / PEREMPUAN SAHAJA Are you now pregnant? If "YES", at what stage? / Adakah anda hamil sekarang? Jika YA, pada peringkat berapa? _____ months / bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has either your father, mother, brother or sister suffered from heart disease, stroke, hypertension, polycystic kidney disease, diabetes mellitus, cancer including carcinoma-in-situ, paralysis, Multiple Sclerosis, Alzheimer's, Parkinson's or Huntington's disease or any other inherited/genetic diseases? If YES, please provide details including who, age at onset and details of illness. (If cancer, please state type of cancer) / Pernahkah ibu bapa atau adik-beradik anda menghidapi penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, penyakit buah pinggang polistik, kencing manis, kanser termasuk karsinoma-insitu, lumpuh, Multiple Sclerosis, Penyakit Alzheimer, Parkinson dan Huntington atau mana-mana penyakit lain yang diwarisi/genetik? Jika YA, maklumkan siapa, umur, penyakit bermula dan butir-butir penyakit (Jika kanser, sila nyatakan jenis kanser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are you a smoker? / Adakah anda merokok? If "YES", how many sticks a day? / Jika "YA", berapa batang sehari? <input type="text"/> Sticks / Batang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Head Office :

Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel: +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax: +603-2264 1199 www.allianz.com.my  www.facebook.com/AllianzMalaysia

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Allianz Contact Center: 1 300 88 1028 Fax: +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my

Page 2 of 4

9. If you answered YES to any of the questions 1 to 8, please provide full details and state the question number. / Jika anda menjawab YA kepada mana-mana soalan 1 hingga 8, sila berikan butir-butir penuh dan nyatakan nombor soalan.
- Exact diagnosis / Diagnosis tepat
 - Underlying cause / Punca
 - Onset of the condition / Masa apabila kondisi bermula
 - Type of treatment or follow up / Jenis rawatan atau susulan
 - Name and Address of the Attending Doctor / Nama dan Alamat Doctor
 - Current condition / Keadaan sekarang
 - Any other information and please submit medical report if any / Apa-apa maklumat lain dan sila kemukakan laporan perubatan jika ada

DECLARATION / PENGISYTIHARAN

Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Pengguna

Where I/We apply for this contract of insurance as the Life Assured and not as required by the group policy owner, I/We agree and declare that: / Di mana Saya/Kami memohon kontrak insurans ini sebagai Orang Diinsurans dan bukan dikehendaki oleh pemilik polisi berkumpulan, Saya/Kami bersetuju dan mengisytiharkan bahawa;

- I/We shall take reasonable care not to make any misrepresentation when answering the questions in this Application Form and in any required medical examination, questionnaire or amendment and any other relevant document in connection with this application (collectively referred to as "the Information") / Saya/Kami akan mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam Borang Permohonan ini dan di dalam sebarang pemeriksaan perubatan yang dikehendaki, soal selidik atau pemindaan and sebarang dokumen yang berkaitan dengan permohonan ini (kesemuanya dirujuk sebagai Maklumat tersebut");
- the Information that I/We have provided is full and accurate otherwise it may result in the contract being avoided, a claim denied or reduced, terms changed or varied, or the contract terminated; / Maklumat yang diberikan oleh Saya/Kami adalah lengkap dan benar, sekiranya tidak benar, ia mungkin akan menyebabkan kontrak dibatalkan, tuntutan ditolak atau dikurangkan, terma dipinda atau diubah, atau kontrak akan ditamatkan;
- I/We shall inform ALIM of any change to the Information after I/We have submitted the Information but before the contract is entered into, varied or renewed with ALIM. / Saya/Kami akan memberitahu ALIM tentang sebarang perubahan terhadap Maklumat tersebut selepas Saya/Kami menyerahkan Maklumat tersebut tetapi sebelum kontrak dimasuki, diubah atau diperbaharui dengan ALIM.
- I/We hereby authorize any physician, hospital, clinic, other insurance organization, institution or person, that has any records or knowledge of Me/Us or My/Our health to disclose to ALIM or its representative any and all information about me/us with reference to My/Our health and medical history and hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. / Dengan ini Saya/Kami membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, organisasi insurans yang lain, institusi atau individu, yang mempunyai rekod-rekod atau pengetahuan tentang diri Saya/Kami atau kesihatan saya/ kami yang diserahkan kepada ALIM atau wakilnya sebarang dan semua maklumat tentang Saya/Kami berhubung kesihatan Saya/Kami dan sejarah perubatan dan kemasukan hospital, nasihat, rawatan atau penyakit.
- A duplication of this authorization shall be as effective and valid as the original. / Salinan fotokopi pemberian kebenaran ini akan dikuatkuasakan dan sah sebagai salinan asalnya.

Non-Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Bukan Pengguna

Where I/We make this declaration as required by My/Our Employer/Organization for this contract of insurance, I/We agree and declare that: / Di mana Saya/Kami membuat pengisytiharan ini yang dikehendaki oleh pihak Majikan/Organisasi Saya/Kami untuk kontrak insurans ini, Saya/Kami bersetuju dan mengisytiharkan bahawa;

- the Information that I/We provided is full and accurate and shall be the basis of the contract of insurance between My/Our Employer/Organization with ALIM; / Maklumat yang diberikan oleh Saya/Kami adalah lengkap dan benar dan akan membentuk asas kontrak insurans diantara pihak Majikan/Organisasi Saya/Kami dengan ALIM;
- I/We shall inform ALIM of any change to the Information after I/We have submitted the Information but before the contract is entered into, varied or renewed by My/Our Employer/Organization with ALIM. / Saya/Kami akan memberitahu ALIM tentang sebarang perubahan terhadap Maklumat tersebut selepas Saya/Kami menyerahkan Maklumat tersebut tetapi sebelum kontrak dimasuki, diubah atau diperbaharui oleh pihak Majikan/Organisasi Saya/Kami dengan ALIM.
- I/We hereby authorize any physician, hospital, clinic, other insurance organization, institution or person, that has any records or knowledge of Me/Us or My/Our health to disclose to ALIM or its representative any and all information about me/us with reference to My/Our health and medical history and hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. / Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, organisasi insurans yang lain, institusi atau individu, yang mempunyai rekod-rekod atau pengetahuan tentang diri Saya/Kami atau kesihatan saya/ kami untuk menyerahkan kepada ALIM atau wakilnya sebarang dan semua maklumat tentang Saya/Kami berhubung kesihatan Saya/Kami dan sejarah perubatan dan kemasukan hospital, nasihat, rawatan atau penyakit.
- A duplication of this authorization shall be as effective and valid as the original. / Salinan fotokopi pemberian kebenaran ini akan dikuatkuasakan dan sah sebagai salinan asalnya.

Signed at / Ditandatangani di this / pada day / hari bulan month / bulan 2 0 year / tahun

Witnessed by / Disaksikan oleh

Employee's Signature / Tandatangan Pekerja

Witness's Signature / Tandatangan Saksi

Employee's Name / Nama Pekerja

Witness Name / Nama Saksi

NRIC No. / No. Kad Pengenalan

Witness NRIC No. / No. KP Saksi

Head Office :

Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 1199 www.allianz.com.my www.facebook.com/AllianzMalaysia

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Allianz Contact Center: 1 300 88 1028 Fax: +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my

Notices / Notis

- 1)ALIM reserves the right to request for further health details evidence if deemed necessary. / *Allianz Life berhak meminta bukti kesihatan yang selanjutnya jika dianggap perlu.*
- 2)The form must be completed by the employee. Please ensure that it is completed before submitting to ALIM to avoid any delay in processing. / *Borang ini mesti diisi oleh pekerja. Sila pastikan borang ini lengkap sebelum menghantar untuk mengelakkan sebarang kelewatan pemprosesan.*

Head Office :

Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel: +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax: +603-2264 1199 www.allianz.com.my  www.facebook.com/AllianzMalaysia

Customer Service Centre :

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Allianz Contact Center: 1 300 88 1028 Fax: +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my