

Uni.Asia Life Assurance Berhad is licensed under the Insurance Act 1996 and regulated by Bank Negara Malaysia / Uni.Asia Life Assurance Berhad adalah berlesen di bawah Akta Insurans 1996 dan dikawalselia oleh Bank Negara Malaysia

MEMBERSHIP NO. / NOMBOR AHLI

APPLICATION NO. / NO. PERMOHONAN

APPLICATION FOR ASIA MEDIC HEALTHCARE
PERMOHONAN UNTUK ASIA MEDIC HEALTHCARE

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING : You are to disclose in this application form for life assurance, fully and faithfully, all the facts you know or ought to know, otherwise the Certificate of Insurance issued may be invalidated.
 : Anda dikehendaki mengemukakan dalam permohonan untuk insurans hayat ini, secara penuh dan jujur, semua fakta yang anda tahu atau patut tahu, jika tidak Sijil Insurans yang dikeluarkan ini boleh menjadi tidak sah.

INSTRUCTIONS / ARAHAN

- All members of IHM Sdn Bhd are eligible to apply for this plan. / Kesemua ahli IHM Sdn Bhd adalah layak untuk memohon pelan ini.
- The Life Assured will receive an individual Certificate of Insurance as proof of insurance. / Orang yang Diinsuranskan akan menerima Sijil Insurans secara individu sebagai bukti pembelian insurans.
- The Life Assured is advised to follow up with Policyholder or the Company to confirm coverage under the group policy if a Certificate of Insurance is not received within thirty (30) days. / Orang yang Diinsuranskan dinasihatkan untuk membuat pertanyaan dengan Pemegang Polisi atau Syarikat bagi pengesahan perlindungan di bawah polisi berkelompok jika Sijil Insurans tidak diterima dalam tempoh tiga-puluh (30) hari.
- Please furnish all information and answer all questions in BLOCK LETTER and in ink. / Sila berikan semua maklumat dan jawab soalan dengan menggunakan dakwat dan HURUF BESAR.
- Please tick (✓) in the appropriate box to indicate your answer where applicable. / Sila tandakan (✓) pada ruang yang berkenaan untuk menandakan jawapan anda, sekiranya berkaitan.
- Any correction or alteration must be counter-signed by the Applicant, and where applicable, the Life to be Assured. / Sebarang pembetulan atau perubahan mestilah ditandatangani oleh Pemohon, dan sekiranya berkaitan, oleh Orang yang akan diinsuranskan.
- Attach a clear copy of any of the following documents belonging to the Applicant, and where applicable, the Life to be Assured/Nominee(s) / Lampirkan salah satu daripada salinan dokumen yang berikut milik Pemohon, dan sekiranya berkaitan, Orang yang akan diinsuranskan/Penama (penama-penama):
 a) Identity Card / Kad Pengenalan b) Birth Certificate / Sijil Kelahiran c) International Passport / Pasport Antarabangsa

A. PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED / BUTIRAN ORANG YANG AKAN DIINSURANSKAN

1. Full Name of Life to be Assured (as in the NRIC/BC/Passport) / Nama Penuh Orang yang akan Diinsuranskan (seperti di dalam KP/Sijil Kelahiran/Pasport)

2. a) New NRIC No. / No. KP Baru - - b) Old NRIC/BC/Passport No. / No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport

3. Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat

 Postcode / Poskod City / Bandar
 Office Tel No. / No. Tel Pejabat - Mobile Phone No / No. Tel Bimbit -
 Home Tel No. / No. Tel Rumah - E-mail

4. a) Date of Birth (DD/MM/YYYY) / Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT) - - b) Age (Nearest Birthday) / Umur (Harjadi Terdekat)

5. a) Height / Ketinggian cm / sm b) Weight / Berat kg

6. a) Gender / Jantina Male / Lelaki Female / Perempuan b) Marital Status / Taraf Perkahwinan Single / Bujang Married / Berkahwin Widowed / Janda/Duda Divorced / Bercerai

c) Race / Keturunan Malay / Melayu Chinese / Cina Indian / India Kadazan / Kadazan Iban / Iban Others / Lain-lain _____

d) Nationality / Warganegara Malaysian / Malaysia Others / Lain-lain _____

7. a) Occupation / Pekerjaan

b) Exact Duties / Butiran Tugas

c) Nature of Business / Bidang Perniagaan Sebenar

8. Have you smoked any cigarettes in the last 12 months? / Adakah anda merokok sepanjang 12 bulan yang lepas? Yes / Ya No / Tidak If Yes, number of cigarettes per day? / Jika Ya, berapa batang sehari?

B. PARTICULARS OF THE APPLICANT (If other than Life to be Assured) / BUTIRAN PEMOHON (Sekiranya lain daripada Orang yang akan diinsuranskan)

1. Full Name of Applicant (as in the NRIC/BC/Passport) / Nama Penuh Pemohon (seperti di dalam KP/Sijil Kelahiran/Pasport)

2. a) New NRIC No. / No. KP Baru - - b) Old NRIC/BC/Passport No. / No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport

**Life to be Assured
Orang yang akan Diinsuranskan**

Yes / Ya No / Tidak

- 4 In the past 5 years, has any of your application for, reinstatement and/or renewal of Medical and Health Insurance* been declined, rated, restricted or accepted at modified terms & conditions? If "Yes", please give details:
Dalam masa 5 tahun yang lalu, adakah sebarang permohonan untuk penghidupan semula, pembaharuan polisi dan/atau permohonan untuk Insurans Perubatan dan Kesihatan anda ditolak, dikadar, dihadkan atau diterima dengan perubahan terma dan syarat? Jika "Ya", sila nyatakan butiran:*
-

* Medical and Health Insurance includes but not limited to / *Insurans Perubatan dan Kesihatan termasuk dan tidak terhad kepada:*
 1) medical expense or hospital and surgical insurance / *perbelanjaan perubatan atau insurans hospital dan pembedahan*
 2) critical illness or dread disease insurance / *insurans penyakit kritikal atau ancaman penyakit*
 3) long-term care insurance and / *insurans penjagaan tempoh panjang dan*
 4) hospital income insurance / *insurans pendapatan hospital*

E. LIFESTYLE AND OTHER INFORMATION / GAYA KEHIDUPAN DAN LAIN-LAIN BUTIRAN

**Life to be Assured
Orang yang akan Diinsuranskan**

Yes / Ya No / Tidak

- 1 Do you consume beer, wine or other alcoholic drink? If Yes, please state:
Adakah anda minum bir, wain atau lain-lain minuman beralkohol? Jika Ya, sila nyatakan:
- Type _____ Quantity _____ bottles or glasses or pegs per week.
Jenis _____ Kuantiti _____ botol atau gelas atau peg seminggu.
- 2 Do you engage in any part time occupation?
Adakah anda melakukan sebarang pekerjaan sambilan?
- 3 Are you a member of any volunteer police or armed forces?
Adakah anda seorang ahli sukarelawan polis atau angkatan tentera?
- 4 Do you intend to engage in any leisure or sports activities that is of a hazardous nature or take part in aviation activities other than as a fare paying passenger? If Yes, please complete relevant questionnaire.
Adakah anda bercadang untuk menyertai sebarang permainan atau aktiviti sukan yang merbahaya atau mengambil bahagian dalam aktiviti penerbangan selain dari menjadi penumpang biasa? Jika Ya, sila lengkapkan soal selidik yang berkenaan.
- 5 Have you or your spouse at anytime in the last 3 years resided for more than one continuous month in any other country or countries?
Pernahkah anda atau suami/isteri anda, dalam tempoh 3 tahun terakhir ini, tinggal secara berterusan lebih dari satu bulan di mana-mana negara lain?
- 6 Do you have any intention to reside in any other country or countries?
Adakah anda bercadang untuk menetap di mana-mana negara lain?
-
-
-
-
-
-

If 'Yes' answer to questions 2 to 6, please state the number and give details in the box below:
Jika jawapan adalah 'Ya' dari soalan 2 hingga 6, sila catatkan no. soalan dan berikan butirannya di bawah:

F. HEALTH DETAILS (If any of the answers to Question 1 to 13 is 'Yes', please provide details in the box provided in page 6)
BUTIRAN KESIHATAN (Jika jawapan adalah 'Ya' untuk soalan 1 hingga 13, sila isikan butiran dalam ruang yang disediakan di muka surat 6)

**Life to be Assured
Orang yang akan Diinsuranskan**

Yes / Ya No / Tidak

- 1 Have you ever used narcotics, or habit forming drugs, or been treated for alcoholism or drug habit?
Pernahkah anda menggunakan narkotik atau dadah yang menyebabkan ketagih atau pernah dirawat kerana masalah ketagihan dadah, narkotik atau alkohol?
-

Life to be Assured
Orang yang akan Diinsuranskan

Yes / Ya **No / Tidak**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <p>2 Do you suffer from any physical defect, deformities or health impairment?
<i>Adakah anda menghadapi sebarang masalah fizikal, kecacatan atau kesihatan yang terjejas?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>3 Are you on any form of medication at present? If Yes, state reason and type of medication.
<i>Adakah anda mengambil sebarang ubatan pada masa ini? Jika Ya, sila nyatakan sebab dan jenis ubat.</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>4 Have you EVER had or been told you had or been treated for or suffering from:
<i>Pernahkah anda menghadapi atau diberitahu menghadapi atau dirawat atau sedang menghadapi:</i></p> | | |
| <p>a) Epilepsy, fainting spells, seizure, nervous or mental conditions, neuritis, paralysis or any disease or abnormality of the brain or nervous system?
<i>Epilepsi, pitam, kancing gigi, gangguan saraf atau mental, neuritis, lumpuh atau sebarang penyakit atau ketaknormalan pada sistem saraf atau otak?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>b) Giddiness, loss of consciousness, breathlessness, chest pain, high blood pressure, palpitation or any disease of the heart, blood or blood vessel?
<i>Pening, pingsan, sesak nafas, sakit dada, tekanan darah tinggi, jantung berdebar atau sebarang penyakit jantung, darah atau pembuluh darah?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>c) Blood spitting, tuberculosis, asthma, habitual cough, pleurisy, or any respiratory or lung disease?
<i>Batuk berdarah, tuberkulosis, asma, batuk yang kerap, pleurisi atau sebarang penyakit sistem pernafasan atau paru-paru?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>d) Recurrent indigestion, ulcer, hernia or disease of gall-bladder, pancreas, stomach or intestine?
<i>Ketidakhadaman yang berulang, ulser, hernia atau penyakit pundi hempedu, pankreas, perut atau usus?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>e) Urinary sugar/albumin/stones, venereal disease, menstrual disorder, or disease of kidney, prostate, urinary or genital system?
<i>Gula/albumin/batu dalam air kencing, penyakit kelamin, gangguan haid atau penyakit buah pinggang, prostat, saluran kencing atau sistem genital?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>f) Diabetes, goitre or any disease or abnormality of the thyroid or other endocrine glands?
<i>Diabetes, beguk atau sebarang penyakit atau ketaknormalan pada kelenjar tiroid atau lain-lain kelenjar endokrin?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>g) Disease of eyes, ears, nose (including nose bleeds) or throat?
<i>Penyakit mata, telinga, hidung (termasuk hidung berdarah) atau tekak?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>h) Cancer, tumour, cyst or growth of any kind?
<i>Kanser, tumor, sista atau sebarang jenis ketumbuhan?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>i) Jaundice, hepatitis, any disease of the liver or been a hepatitis carrier?
<i>Demam kuning, hepatitis, sebarang penyakit hepar (hati) atau menjadi pembawa hepatitis?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>j) Malaria, dysentery or any tropical disease?
<i>Malaria, disenteri atau lain-lain penyakit tropika?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>k) Rheumatic fever, arthritis, gout or any disease of the spine, prolapsed intervertebral disc, bone, joint, muscle, connective tissue, lymph nodes, spleen or disease of the skin?
<i>Demam reumatik, artritis, bengkak sendi atau lain-lain penyakit pada tulang belakang, diska teranjak, tulang, sendi, otot, tisu penyambung, nodus limfa, limpa atau penyakit kulit?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>5 Have you ever been hospitalised or undergone any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature?
<i>Pernahkah anda dimasukkan ke hospital atau menjalani sebarang pembedahan atau di bawah pemerhatian atau rawatan yang bukan rutin secara asasnya?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>6 Have you ever been advised to have a surgical operation which has not been performed?
<i>Pernahkah anda dinasihatkan supaya menjalani pembedahan yang belum dilakukan?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>7 Are you currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment, congenital abnormalities/conditions including hereditary disorder or poor health?
<i>Adakah anda sekarang ini menerima rawatan perubatan dan/atau mengalami kecacatan fizikal, keadaan yang tidak normal sejak lahir termasuk penyakit keturunan atau kesihatan yang kurang memuaskan?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>8 Have you ever been treated for or have been told of having any illness, disease or injury?
<i>Pernahkah anda menerima rawatan atau diberitahu mengenai sebarang penyakit atau kecederaan?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>9 Have you ever received blood transfusion, treatment with human blood products or received a donated organ or refused as a blood donor?
<i>Pernahkah anda menerima pemindahan darah, rawatan dengan menggunakan produk darah manusia, menerima organ dermaan atau tidak diterima untuk menjadi penderma darah?</i></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Life to be Assured
Orang yang akan Diinsuranskan**

Yes / Ya No / Tidak

- 10 Have you ever received any medical advice, counseling or treatment in connection with AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related conditions; OR been told you had any of these, OR have you 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?
Pernahkah anda menerima sebarang nasihat, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan AIDS, AIDS Related Complex atau lain-lain keadaan penyakit yang berkaitan dengan AIDS, ATAU diberitahu yang anda menghidapi salah satu dari penyakit tersebut; ATAU anda pernah menjalani ujian untuk HIV (sila nyatakan keputusan), ATAU dalam tempoh 3 bulan yang lepas anda mengalami salah satu dari tanda-tanda penyakit seperti kelesuan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembengkakan nodus limfa atau sebarang penyakit kulit yang luar biasa selama lebih seminggu berturut-turut?
-
- 11 In the PAST 5 YEARS,
Dalam masa 5 TAHUN YANG LALU,
- a) have you had any diagnostic tests such as X-ray, mammogram, electrocardiogram, CT scanning, echo or ultrasonogram, blood or urine studies?
pernahkah anda menjalani ujian diagnostik seperti X-ray, mammogram, elektro-kardiogram, imbasan CT, echo atau ultrasonogram, kajian darah atau air kencing?
-
- b) have you had any physical defect or deformity, disorder, infirmity, disease, sickness, illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment and/or physical check-up not mentioned anywhere above?
pernahkah anda menghidapi kecacatan fizikal atau kecacatan, gangguan, keuzuran, kecederaan, pembedahan, menerima nasihat perubatan, rawatan hospital dan/atau pemeriksaan fizikal yang tidak disebut mana-mana di atas?
-
- 12 Has your weight increased or decreased by more than 5 kg (11 lbs) in the past one year? If Yes, please state reason:
Pernahkah berat badan anda bertambah atau berkurang sebanyak 5 kg (11 paun) dalam masa satu tahun yang lepas? Jika Ya, sila nyatakan sebabnya:
-

**13 FOR FEMALE LIFE TO BE ASSURED ONLY
UNTUK ORANG YANG AKAN DIINSURANSKAN WANITA SAHAJA**

- a) Have you ever had, or received any treatment for, or intend to be treated or consult a physician for:
Pernahkah anda menghidapi, atau menerima sebarang rawatan, atau bercadang untuk menerima sebarang rawatan atau khidmat pakar perubatan untuk:
- i) any disease or disorder of the breasts or female reproductive organ such as ovarian cyst, abnormal uterine or vaginal bleeding, abnormal enlargement of abdomen, fibroid, polyp, carcinoma in situ, cancer or growth?
sebarang penyakit atau ketaknormalan pada payu dara atau organ reproduksi wanita seperti sista ovari, perdarahan yang tak normal pada rahim atau vagina, pembesaran yang tak normal pada abdomen, fibroid, polip, karsinoma "in situ", kanser atau ketumbuhan?
-
- ii) Systemic Lupus Erythematosus or facial skin rash?
Sistemik Lupus Eritomatosus atau ruam di muka?
-
- b) Have you ever had:
Pernahkah anda menghidapi:
- i) an abnormal mammogram or been advised to have an ultrasound of the breast, cone biopsy or colposcopy?
ketaknormalan mamogram atau dinasihatkan untuk menjalani ultrasound untuk payu dara, biopsi kon atau kolposkopi?
-
- ii) a Pap Smear, which you were advised to repeat within 6 months, or were found to be abnormal?
ujian Pap Smear, yang mana anda dinasihatkan untuk mengulangnya dalam tempoh 6 bulan, atau didapati dalam keadaan tak normal?
-
- iii) pregnancy complications during gestation and/or delivery/ies? (e.g. ectopic pregnancy, disseminated intravascular coagulation, diabetes, hypertension, still birth, etc.)
komplikasi kandungan sewaktu hamil dan/atau semasa melahirkan anak? (seperti kandungan ektopik, diseminasi intravaskular koagulasi, diabetes, tekanan darah tinggi, kematian bayi semasa dilahirkan, dll)
-
- iv) any test or intend to do any test to exclude or determine Down's Syndrome during gestation?
sebarang ujian atau bercadang untuk menjalani ujian mengesah atau menentukan Sindrom Down sewaktu hamil?
-
- c) i) Are you now pregnant? If yes, how many months? _____ months
Adakah anda hamil sekarang? Jika Ya, berapa bulan? _____ bulan
-

Question No. No. Soalan	Illness, injury & tests Penyakit, kecederaan & ujian	Date Commenced Tarikh Permulaan	Reason, type, results & treatment including date(s) of last consultations/ hospitalisation Sebab, jenis, keputusan & rawatan termasuk tarikh terakhir rundingan/ kemasukan hospital	Doctor's name, telephone & address of clinic Nama doktor, telefon & alamat klinik

G. APPOINTMENT OF NOMINEE (S) / PERLANTIKAN PENAMAAN

INSTRUCTION : The nominee(s) must be at least 18 years old.

ARAHAN : Penama (penama-penama) mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun.

Upon approval of this application and issuance of Certificate of Insurance by Uni.Asia Life Assurance Berhad, I hereby nominate the following as nominee(s) to receive all moneys payable upon my death under the Certificate of Insurance.

Bilamana permohonan ini diluluskan dan Sijil Insurans dikeluarkan oleh Uni.Asia Life Assurance Berhad, saya dengan ini menamakan penama (penama-penama) yang berikut untuk menerima segala wang yang boleh dibayar atas Sijil Insurans apabila saya meninggal dunia.

	Nominee / Penama 1	Nominee / Penama 2	Nominee / Penama 3
Name / Nama			
New NRIC/BC No. / No. KP Baru/Sijil Kelahiran			
Date of Birth / Tarikh Lahir			
Relationship / Hubungan			
% of Share / % Perkongsian			
Address / Alamat			

H. DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIAN KUASA

I, hereby in my capacity as / *Sesungguhnya saya sebagai*

- the Life to be Assured / *Orang yang akan Diinsuranskan*
- the Applicant, guardian and/or custodian of the Life to be Assured who is a minor
Pemohon, penjaga dan/atau pemegang amanah ke atas Orang yang akan diinsuranskan yang masih di bawah umur

hereby / *dengan ini*

- a) declare that all statements and answers in this application form, questionnaires and documents completed in connection with this application and statements made and answers given to the medical and/or paramedical examiner of Uni.Asia Life Assurance Berhad are full, complete and true, and shall form the basis of the contract with Uni.Asia Life Assurance Berhad;
mengisytiharkan bahawa semua kenyataan dan jawapan dalam borang permohonan ini, dokumen-dokumen dan soal selidik yang diisi berhubung dengan permohonan polisi ini dan kenyataan yang dibuat serta jawapan yang diberi kepada pemeriksa perubatan dan/atau paramedikal Uni.Asia Life Assurance Berhad adalah tepat, lengkap dan benar, dan akan menjadi asas pembentukan kontrak dengan Uni.Asia Life Assurance Berhad;

- b) understand and agree that the insurance coverage applied for shall not take effect unless and until written acceptance of this offer is communicated by Uni.Asia Life Assurance Berhad during my lifetime and good health and payment of the first premium;
memahami dan bersetuju bahawa perlindungan insurans yang dipohon hanya akan berkuatkuasa apabila penerimaan tawaran tersebut diberitahu secara bertulis oleh Uni.Asia Life Assurance Berhad semasa hayat saya dan dalam keadaan kesihatan yang sihat dan premium pertama telah dibayar;?
- c) state that I have not given to your agent any other information except as stated in this application form and/or questionnaires;
menyatakan bahawa saya tidak memberi sebarang maklumat lain kepada ejen anda kecuali apa yang dinyatakan di dalam borang permohonan ini dan/atau soal selidik yang diisi;
- d) state that if any answers or statements in this application form are not in my own handwriting I certify that I have checked them or have been read over to me, and certify that they are correct;
menyatakan bahawa sekiranya sebarang jawapan atau kenyataan di dalam borang permohonan ini adalah bukan tulisan saya, saya mengesahkan bahawa saya telah menyemak atau pernyataan tersebut telah dibacakan kepada saya, dan mengesahkan ia adalah betul;
- e) state that if the application form is completed on my behalf, I acknowledge that all the questions have been clearly explained to me; and
menyatakan jika borang permohonan ini diisi bagi pihak saya, saya mengakui bahawa semua soalan telah diterangkan dengan sejelasnya kepada saya; dan
- f) state that I am fully aware that my personal information recorded in this application form and/or questionnaires is for the purpose of making an application for life assurance and hereby expressly authorize Uni.Asia Life Assurance Berhad to disclose my personal information recorded in this application form and other relevant related document, to agent named below or any other agent of Uni.Asia Life Assurance Berhad, to the extent as required by Life Insurance Association of Malaysia, any Government Authority or to persons or bodies authorized by Law.
menyatakan bahawa saya sebenar-benarnya tahu yang butiran peribadi yang tercatat dalam borang permohonan ini adalah bertujuan untuk permohonan insurans hayat dan saya memberi kebenaran kepada Uni.Asia Life Assurance Berhad setakat yang diperlukan untuk mendedahkan butiran peribadi yang tercatat di dalam borang permohonan ini dan lain-lain dokumen berkaitan, kepada ejen yang tersebut di bawah atau mana-mana ejen Uni.Asia Life Assurance Berhad, kepada Persatuan Insurans Hayat Malaysia, mana-mana Pihak Berkuasa atau orang perseorangan atau badan-badan yang dibenarkan mengikut undang-undang.

Authorisation to obtain Report on Medical History and other information
Pemberian Kuasa untuk memperoleh Laporan Sejarah Perubatan dan Maklumat Lain

In connection with an application for life assurance which I have submitted to Uni.Asia Life Assurance Berhad, I,
Berhubung dengan permohonan insurans yang telah saya serahkan kepada pihak Uni.Asia Life Assurance Berhad, sesungguhnya saya

Name / Nama _____ New NRIC No. / No. KP Baru _____

hereby in my capacity as / sebagai

- the Life to be Assured / *Orang yang akan Diinsuranskan*
- the Applicant, guardian and/or custodian of Life to be Assured who is a minor
Pemohon, penjaga dan/atau pemegang amanah ke atas Orang yang akan Diinsuranskan yang masih di bawah umur

authorise and request any attending physician, hospital, clinic, insurance company, organisation, institution or person to make available from your records or knowledge about my and/or the minor's medical history and/or any information about myself and/or the minor that Uni.Asia Life Assurance Berhad or its representatives may request.

membenar dan meminta mana-mana doktor, hospital, klinik, syarikat insurans, organisasi, institusi atau sesiapa yang mempunyai rekod atau tahu mengenai sejarah perubatan dan/atau apa-apa maklumat mengenai diri saya dan/atau anak saya yang masih di bawah umur yang mungkin diminta oleh Uni.Asia Life Assurance Berhad atau wakil-wakilnya.

Dated at _____ this _____ day of _____ 20 _____
Ditandatangani di bertarih pada haribulan

 Signature of Witness** /
*Tandatangan Saksi***

 Signature of Life to be Assured /
Tandatangan Orang yang akan Diinsuranskan
 (Age 16 and above / *Umur 16 tahun ke atas*)

 Signature of Applicant /
Tandatangan Pemohon
 (If other than Life to be Assured / *Jika lain daripada Orang yang akan diinsuranskan*)

Name / Nama : _____

New NRIC No. / No. KP Baru : _____

Address / Alamat : _____

** Witness must be at least 18 years old and a persons of sound mind and not named as nominee.

** Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan berfikiran waras dan tidak dinamakan sebagai penama.

Notice / Pemberitahuan:

Please view a specimen of the policy contract and Certificate of Insurance for full details of the product terms & conditions. The sales intermediary has a specimen copy for your examination. Upon approval of your insurance proposal, the Company will send you the Certificate of Insurance. This checklist does not form part of the proposal form. / *Sila lihat contoh kontrak polisi dan Sijil Insurans untuk butiran terperinci bagi terma-terma dan syarat-syarat produk. Pengantara mempunyai salinan kontrak polisi tersebut untuk pemeriksaan anda. Apabila permohonan insurans anda diluluskan, Syarikat akan mengiriskan Sijil Insurans. Senarai semakan ini tidak menjadi sebahagian daripada borang permohonan.*

MEDICAL AND HEALTH INSURANCE PRODUCT CHECKLIST
SENARAI SEMAKAN PRODUK INSURANS PERUBATAN DAN KESIHATAN

(This document does not form part of the insurance application / *Dokumen ini bukan sebahagian daripada kontrak polisi*)

Client's Details / Butir-butir PelangganApplication No / *No Permohonan*Name / *Nama***Sales Intermediary's Details / Butir-butir Pengantara**Name/code / *Nama/Kod*

IHM Risk Protection Sdn Bhd (597246-M)

Correspondence Address
*Alamat Surat Menyurat*12, Jalan PJS 8/6, Sunway Mentari
46150 Petaling Jaya, Selangor Darul EhsanName of Insurer / *Nama Syarikat Insurans*

UNI.ASIA LIFE ASSURANCE BERHAD

Intermediary Status / *Taraf Pengantara* Corporate Agent / *Ejen Koporat*Name of Product(s) to be Purchased
Nama Produk (Produk-Produk) yang akan Dibeli

ASIA MEDIC HEALTHCARE

Important Notice / Notis Penting:

- 1 Before purchasing any Medical and Health Insurance Products, you are advised to seek explanation on the following from the abovementioned sales intermediary at Tel 03-5638 6889 or the Insurer by calling our Customer Service Executive at Tel 03-2076 7841/03-2076 7842.
Sebelum membeli sebarang jenis produk Insurans Perubatan dan Kesihatan, anda adalah dinasihatkan untuk meminta penjelasan berkenaan perkara-perkara berikut daripada pengantara di talian 03-5638 6889 atau Syarikat Insurans yang tersebut di atas dengan menelefon Pegawai Perkhidmatan Pelanggan Syarikat kami di talian 03-2076 7841/03-2076 7842.
 - a) basic and salient features of Medical and Health Insurance in general and
ciri-ciri asas dan utama Insurans Perubatan dan Kesihatan secara umum dan
 - b) basic and salient features of a particular Medical and Health Insurance products that you intend to purchase.
ciri-ciri asas dan utama sesuatu produk Insurans Perubatan dan Kesihatan yang anda ingin beli.
- 2 To make an informed decision before purchasing the product, you must understand the basic and important features of the Medical and Health Insurance Product.
Dalam membuat keputusan berasaskan maklumat lengkap sebelum membeli produk tersebut, anda haruslah memahami ciri-ciri asas dan penting mengenai Produk Insurans Perubatan dan Kesihatan.
- 3 You should ensure that important information regarding the policy is disclosed to you and that you understood the information disclosed.
Anda haruslah memastikan bahawa maklumat penting berkenaan polisi telah dijelaskan kepada anda dan anda memahami maklumat yang dijelaskan tersebut.
- 4 If there is any ambiguity, you should seek an explanation from the abovementioned sales intermediary or the Company by calling our Customer Service Executive.
Sekiranya terdapat sebarang keraguan, anda hendaklah mendapatkan penjelasan daripada pengantara atau Syarikat yang tersebut di atas dengan menelefon Pegawai Perkhidmatan Pelanggan kami.
- 5 Prior to making a decision to purchase the Medical and Health Insurance product, you must satisfy yourself that the product best meets your insurance needs and resources.
Sebelum membuat keputusan untuk membeli produk Insurans Perubatan dan Kesihatan, anda haruslah berkemampuan, berpuashati dan yakin yang produk itu dapat memenuhi keperluan insurans anda.
- 6 Kindly ensure that the abovementioned sales intermediary has shown you his/her authorization card. If he/she has not done so, please request for it.
Sila pastikan bahawa pengantara yang tersebut di atas mengemukakan kad kuasanya. Sekiranya tiada, sila minta beliau berbuat demikian.

GENERAL INFORMATION / MAKLUMAT AM**Essential Features / Ciri-ciri Penting:**

- 1 The booklet "The Introduction To Medical and Health Insurance Products" issued by Bank Negara Malaysia.
Buku "Pengenalan Kepada Produk Insurans Kesihatan dan Perubatan" yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia.
- 2 The policy documents for details of important features of products to be purchased.
Dokumen polisi untuk butiran ciri-ciri penting mengenai produk-produk yang akan dibeli.
- 3 Major benefits and indicative premium rates of the product to be purchased.
Faedah utama dan penunjuk kadar premium untuk produk yang akan dibeli.
- 4 Significant medical or technical exclusions or restrictions applicable.
Pengecualian teknikal atau perubatan yang penting ataupun sekatan-sekatan yang berkenaan.
- 5 Major benefit limitations
Had-had Faedah Utama
 - Application of a general waiting period.
Penggunaan jangkamasa menunggu umum.
 - Major exclusions, including but not limited to exclusions of pre-existing conditions and specified illnesses.
Pengecualian utama, termasuk tetapi tidak terhad kepada pengecualian syarat-syarat sedia ada dan penyakit-penyakit khusus.
 - For non-permanent exclusions, the waiting period applicable before benefits are payable.
Untuk Pengecualian bukan tetap, jangkamasa menunggu dikenakan sebelum faedah-faedah boleh dibayar.

- 6 Whether product is yearly/conditional/guaranteed renewal
Sama ada produk itu adalah tahunan/bersyarat/pembaharuan dijamin
- Hospitalization & Surgical benefit
Faedah Hospital & Pembedahan
 - Critical Illness benefit
Faedah Penyakit Kritikal
 - Hospital Income benefit
Faedah Pendapatan Hospital
- 7 Policy to be purchased renewed with a level premium/increased premium/not renewed. Nature and extent of the insurer's right to review and revise the premiums payable for the policy to be purchased. In the event of any subsequent premium revision of the policy when purchased, prior notice shall be sent at least 30 days before the policy anniversary.
Pembaharuan polisi yang akan dibeli dengan bayaran premium yang sama/peningkatan premium/tiada pembaharuan. Keadaan dan hak syarikat insurans untuk menyemak dan mengubah jumlah premium berbayar untuk polisi yang ingin dibeli. Jika terdapat sebarang perubahan premium berikutan terhadap polisi (jika dibeli), notis terdahulu akan dihantar sekurang-kurangnya 30 hari sebelum ulangtahun polisi.
- 8 Implications of switching policy from one insurer to another.
Implikasi apabila berubah polisi dari satu syarikat insurans ke syarikat lain.
- 9 A "free look" period within 15 days of delivery of the policy.
Jangkamasa "tempoh berfikir" adalah 15 hari dari penghantaran polisi.
- 10 Nature and extent of the insurer's right to review and revise the premiums payable for the policy to be purchased. Right of an insurer to repudiate liability in the event of non-disclosure of relevant information.
Keadaan dan hak syarikat insurans untuk menyemak dan mengubah jumlah premium berbayar untuk polisi yang akan dibeli. Syarikat insurans berhak untuk enggan menanggung segala liabiliti di mana tiada pendedahan dibuat untuk maklumat yang berkaitan.

SALES INTERMEDIARY'S STATEMENT / PERNYATAAN PENGANTARA

I hereby state and declare the following that:
Saya dengan ini menyatakan dan mengisytiharkan bahawa:

- (a) I have explained the basic, salient features and exclusion clauses to the abovementioned client.
Saya telah menerangkan segala ciri-ciri asas, utama dan klausa pengecualian kepada pelanggan yang dinyatakan di atas.
- (b) I have explained all information as per the above mentioned checklist.
Saya telah menerangkan segala maklumat seperti dalam senarai semakan yang dinyatakan di atas.
- (c) I have shown the client my authorization card.
Saya telah menunjukkan kad kuasa saya kepada pelanggan.
- (d) I have specifically stated to the client the insurer, my relationship with the insurer and the premium which may be charged.
Saya telah menyatakan secara khusus kepada pelanggan mengenai syarikat insurans, hubungan saya dengan syarikat insurans dan bayaran premium yang mungkin dikenakan.



Sales Intermediary's signature
Tandatangan Pengantara

Date / Tarikh

CLIENT'S STATEMENT / PERNYATAAN PELANGGAN

I hereby state that
Saya dengan ini menyatakan bahawa

- (a) The essential information on major features of the products has been satisfactorily explained to me.
Maklumat penting untuk ciri-ciri utama produk telah dijelaskan secukupnya kepada saya.
- (b) I have understood the basic, salient features and exclusion clauses of the Medical and Health Insurance Product.
Saya telah memahami segala ciri-ciri asas, utama dan klausa pengecualian Produk Insurans Perubatan dan Kesihatan.
- (c) I have understood all the information furnished as per the above mentioned checklist and I have perused, viewed and understood the brochures and/or product information sheets and sales illustrations.
Saya telah memahami segala maklumat yang dinyatakan dalam senarai semakan di atas dan telah meneliti, melihat dan memahami risalah dan/atau maklumat produk serta ilustrasi jualan.
- (d) The sales intermediary mentioned above has shown me his/her authorization card.
Pengantara yang dinyatakan di atas telah menunjukkan saya kad kuasanya.
- (e) The sales intermediary mentioned above has specifically stated to me the insurer, his/her relationship with the insurer and the premium which may be charged.
Pengantara yang dinyatakan di atas telah memberitahu saya secara khusus mengenai syarikat insurans, hubungannya dengan syarikat insurans dan bayaran premium yang mungkin dikenakan.

Client's signature
Tandatangan Pelanggan

Date / Tarikh