

ACCIDENT QUESTIONNAIRE

KAJI SELIDIK KEMALANGAN

IMPORTANT NOTE: YOU ARE REQUIRED TO DISCLOSE IN THIS PROPOSAL FORM FULLY AND FAITHFULLY, ALL THE FACTS WHICH YOU KNOW OR OUGHT TO KNOW, OTHERWISE THE POLICY ISSUED HEREUNDER MAY BE INVALIDATED.
NOTA PENTING: ANDA DIKEHENDAKI MENYATAKAN DI DALAM BORANG CADANGAN INI SECARA PENUH DAN JUJUR, SEMUA FAKTA YANG ANDA TAHU ATAU PATUT TAHU, JIKA TIDAK POLISI YANG DIKELUARKAN MENURUT CADANGAN INI ADALAH TIDAK SAH.

To be completed by the Life Proposed. This questionnaire forms part of your application for life insurance. / Borang ini hendaklah diisi oleh Pencadang Hayat. Borang kaji selidik ini membentuk sebahagian daripada permohonan insurans hayat anda.

Full Name / Nama penuh : _____ Policy No. / No. Polisi : _____
 (as shown in IC / seperti tercatat dalam KP) IC NO. / NO. KP : _____

1. When and where did the accident happen? / Bila dan manakah kemalangan tersebut berlaku?

2. What were the injuries sustained? Please give details.(e.g. superficial wound, bone fracture, internal bleeding, head injuries, etc) / Apakah kecederaan yang dialami?
 Sila berikan butiran (seperti luka permukaan, kepatahan tulang, pendarahan dalaman, kecederaan kepala dll.)

3. Where and by whom were you treated? / Dimana dan oleh siapakah anda dirawat?

4. Were you hospitalized? If so, where and for how long? / Adakah anda dimasukkan ke hospital? Jika ya, dimana dan untuk berapa lama

5. Did you have an operation and any plating inserted? If yes, please specify the type of plating and the location of the insertion. Has it been removed. / Adakah sebarang pembedahan dan plat dimasukkan? Jika ya, sila nyatakan jenis plat dan lokasi ia dimasukkan. Sudah ia dikeluarkan?

6. Do you have any test such as X-ray done? If so, please give details such as type of test, date, place and result. / Adakah anda melakukan sebarang ujian seperti X-ray?
 Jika ya, sila berikan butiran seperti jenis ujian, tarikh, tempat dan keputusannya

7. Have you had any headache, dizziness, fainting spells or epileptic fit since then? If so, please give details including frequency and severity. / Adakah anda mengalami sebarang sakit kepala, pening-pening, pitam atau sawan selepas itu? Jika ia, sila berikan butiran termasuk kekerapan dan ketenatannya.

8. Have you fully recovered from your injuries? / Sudahkah anda sembuh sepenuhnya dari kecederaan anda?

DECLARATION AND AUTHORIZATIONS / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

I hereby declare that the above particulars and answers are complete and true and that together with the other information provided by me they will form the basis of the contract between myself and Manulife Insurance Berhad. I also declare that my misrepresentation or concealment of material facts shall render my policy and any attaching supplementary contracts if issued null and void. / Dengan ini saya mengaku bahawa butiran dan jawapan yang di atas adalah lengkap dan jujur dan bahawa, bersama-sama dengan maklumat lain yang saya sediakan akan membentuk asas perjanjian antara diri saya dengan Syarikat Insurans. Saya juga mengaku bahawa salah pernyataan atau penyembunyian apa-apa fakta penting akan menyebabkan polisi saya, dan apa-apa perjanjian tambahan yang dilampirkan, sekiranya dikeluarkan, terbatal dan tidak sah.

Date / Tarikh : _____

 Signature of Life Proposed / Tandatangan Pencadang Hayat

 Signature of Agent as Witness / Tandatangan Ejen sebagai Saksi

