

**IMPORTANT /PENTING:**

**YOU ARE REQUIRED TO TAKE REASONABLE CARE NOT TO MAKE ANY MISREPRESENTATION WHEN ANSWERING ANY QUESTIONS ASKED BY US, WHICH YOU SHOULD ANSWER FULLY AND ACCURATELY, AND TO DISCLOSE TO US ANY MATTER WHICH YOU KNOW TO BE RELEVANT TO OUR DECISION ON WHETHER TO ACCEPT THE RISK OR NOT AND THE RATES AND TERMS TO BE APPLIED. I ANDA DIKEHENDAKI UNTUK MENGAMBIL LANGKAH YANG SEWAJANYA UNTUK TIDAK MEMBUAT SEBARANG SALAHNYATA APABILA MENJAWAB SETIAP SOALAN YANG DIAJUKAN OLEH KAMI, DIMANA ANDA PERLU MENJAWAB DENGAN LENGKAP DAN TEPAT DAN MENDEDAHKAN KEPADA KAMI APA-APA PERKARA YANG ANDA TAHU RELEVAN DENGAN KEPUTUSAN KAMI SAMA ADA UNTUK MENERIMA ATAU TIDAK RISIKO DAN KADAR DAN TERMA YANG HENDAK DIPAKAI.**

**Proposed Life Insured/Insured / Pencadangan Hayat/Orang Yang Diinsurankan:** \_\_\_\_\_

**Policy No. / No. Polisi:** \_\_\_\_\_

**1. Are you, or have you been in close contact with anyone who has been quarantined or who has been diagnosed with SARS-CoV-2 / Covid-19? /** **Yes /Ya** **No / Tidak**  
*Adakah anda, atau adakah anda pernah kontak rapat dengan sesiapa yang telah dikuarantin atau yang telah didiagnos dengan SARS-CoV-2 /Covid-19?*

*If Yes, please provide details. / Jika Ya, sila berikan butiran.*

**2. Have you ever been quarantined due to a possible exposure to SARS-CoV-2 / Covid-19? /** **Yes /Ya** **No / Tidak**  
*Pernahkan anda dikuarantin kerana kemungkinan pendedahan terhadap SARS-CoV-2 / Covid-19?*

*If Yes, please provide dates and location. / Jika Ya, sila berikan tarikh dan lokasi.*

**3. Have you been advised to be tested to rule in, or rule out, a diagnosis of SARS-CoV-2 / Covid-19? Or are you awaiting result of latest which has already been submitted for the SARS-CoV-2 / Covid-19? /** **Yes /Ya** **No / Tidak**  
*Adakah anda dinasihatkan diuji untuk mengesahkan, atau mengecualikan, diagnosis SARS-CoV-2 / Covid-19? Atau, adakah anda sedang menunggu keputusan ujian yang telah dihantarkan untuk SARS-CoV-2 / Covid-19?*

*If Yes, please provide dates and details. / Jika Ya, sila berikan tarikh dan butiran.*



**4. Have you experienced any of the following symptoms? Please tick accordingly. /**

*Adakah anda pernah mengalami mana-mana simptom berikut? Sila tandakan yang berkenaan*

**Loss of sense of smell or taste / Kehilangan deria bau atau rasa**

**Fever / Demam**

**Cough / Batuk**

**Shortness of Breath / Kesesakan nafas**

**Malaise (flu-like tiredness) / Ketidakselesaan (keletihan seperti selsema)**

**Rhinorrhea (mucus discharge from the nose) / Rhinorrhea (hingus dari hidung) Sore throat / Sakit tekak**

**Gastro-intestinal symptoms such as nausea, vomiting and/or diarrhea / Gejala Gastro-usus seperti loya, muntah dan/atau cirit-birit**

**No symptom / Tiada simptom**

**5. Have you ever tested positive for SARS-CoV-2 / Covid-19?**

**Yes / Ya**

**No / Tidak**

*/ Pernahkah anda diuji positif untuk SARS-CoV-2 / Covid-19?*

**If Yes, please provide the date of positive diagnosis, category diagnosed and complete Question 6 to Question 10. /**

*Jika Ya, sila berikan tarikh ujian positif, kategori didiagnosis dan jawab Soalan 6 hingga Soalan 10.*

**Date of Diagnosis / Tarikh Diagnosis Positif:** \_\_\_\_\_

**Category of Diagnosis / Kategori yang didiagnosis:** \_\_\_\_\_

**6. Upon the diagnosis of SARS-CoV-2 / Covid-19, where were you placed for management? (Please tick accordingly)**

*/ Apabila didiagnosis dengan SARS-CoV 2 / Covid-19, di manakah anda ditempatkan untuk pengurusan?*

**Hospital admission / Perlu diwadkan di hospital**

a. **Date of Admission / Tarikh Diwadkan:** \_\_\_\_\_

**Date of Discharge / Tarikh Discaj:** \_\_\_\_\_

b. **For observation or quarantine purposes only and without any symptoms and/or require any treatment. /**

**Yes / Ya**

**No / Tidak**

*Untuk pemerhatian ataupun kuarantin sahaja dan tiada gejala dan/ atau menerima sebarang rawatan.*

c. **Did you require treatment in the intensive care unit (ICU)? /**

**Yes / Ya**

**No / Tidak**

*Adakah anda memerlukan rawatan dari unit rawatan rapi (ICU)?*

d. **Did you require breathing aid? /**

**Yes / Ya**

**No / Tidak**

*Adakah anda memerlukan bantuan pernafasan?*

e. **Did you experience complications related to Covid-19 infection**

**Yes / Ya**

**No / Tidak**

**eg: lung, kidney, liver, or heart problems? (Please provide details)**

*/ Apakah anda alami komplikasi yang berkaitan dengan Covid-19*

*contoh: peparu, ginjal, hati, ataupun masalah jantung? (Sila nyatakan dengan terperinci)*

**Quarantine center (Please provide copy of Discharge Note and Release Letter from Ministry of Health Malaysia – KKM) /**  
*Pusat Kuarantin (Sila sertakan Nota Discaj dan Borang Pelepasan dari Kementerian Kesihatan Malaysia – KKM)*

**Home Quarantine (Please provide copy of Release Letter from Ministry of Health Malaysia – KKM) /**  
*Pengawasan dan Pemerhatian Kediaman (Sila sertakan Borang Pelepasan dari Kementerian Kesihatan Malaysia – KKM)*

**7. Currently, are you experiencing any of the symptoms below? / Kini, adakah anda mengalami sebarang jenis gejala seperti berikut**

**Fatigue or Loss of Energy / Keletihan ataupun tidak bermaya**

**Concentration Difficulties / Kesukaran untuk fokus**

**Fever / Demam**

**Cough / Batuk**

**Headaches / Sakit Kepala**

**Shortness of Breath / Kesukaran untuk Bernafas**

**Depressed mood / Kemurungan**

**No symptom / Tiada gejala**

**8. Date of complete recovery / Tarikh anda sembuh sepenuhnya**

---

**9. Do you have any pending or recommended follow-up appointments or tests related to your Covid-19 diagnosis? / Adakah anda mempunyai temu janji yang akan datang ataupun disyorkan untuk rawatan susulan atau ujian yang membabitkan diagnosis Covid-19?**

**Yes / Ya**

**No / Tidak**

**If Yes, please list the dates and test required / Jika Ya, sila berikan tarikh dan ujian yang dikehendaki**

---

**10. If employed, have you been certified to return to work on an unrestricted and full-capacity basis? / Jika bekerja, adakah anda disahkan kembali bekerja tanpa syarat dan berkapasiti penuh?**

**Yes / Ya**

**No / Tidak**

**If No, please provide details. / Jika Tidak, sila nyatakan dengan terperinci.**

---

---

11. Travel Declaration / Pengakuan Perjalanan

a. Any history of overseas travel over the past 14 days? /

Yes / Ya

No / Tidak

Adakah sebarang perjalanan ke luar negara dalam masa 14 hari yang lalu?

If Yes, please provide your travel pattern over the past 14 days. / Jika Ya, sila berikan corak perjalanan anda 14 hari yang lalu.

Country/ Negara	City/ Bandar	Date Arrived/ Tarikh Ketibaan	Date Departed/ Tarikh Berlepas

b. Any future travel plans for the next 30 days? /

Yes / Ya

No / Tidak

Ada rancangan perjalanan masa depan untuk 30 hari yang akan datang?

If Yes, please provide details of your intended future travel plans for the next 30 days. / Jika Ya, Sila berikan rancangan perjalanan masa depan anda untuk masa 30 hari yang akan datang dengan terperinci.

Country/ Negara	City/ Bandar	Date Arrived/ Tarikh Ketibaan	Date Departed/ Tarikh Berlepas

**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 Manulife Insurance Berhad. Saya juga mengaku bahawa kenyataan salah saya 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