

# EXAMINATION OF CHILD FOR JUVENILE INSURANCE POLICY PEMERIKSAAN BAGI POLISI INSURANS KANAK-KANAK

Medical Examiner's report in connection with application for Juvenile policy to be used only in case of children under the age of 16 years. /Laporan  
Pemeriksa Perubatan berkaitan dengan permohonan polisi Kanak-kanak adalah untuk digunakan bagi kanak-kanak di bawah umur 16 tahun sahaja.

**IMPORTANT NOTE: YOU ARE REQUIRED TO DISCLOSE IN THIS APPLICATION FORM FULLY AND FAITHFULLY, ALL FACTS WHICH YOU KNOW OR OUGHT TO KNOW, OTHERWISE THE POLICY ISSUED HEREUNDER MAY BE INVALIDATED.**

**NOTA PENTING: ANDA DIKEHENDAKI MENDEDAHKAN DI DALAM BORANG CADANGAN INI SECARA JUJUR, SEMUA FAKTA YANG ANDA TAHU ATAU PATUT TAHU, JIKA TIDAK POLISI YANG DEKELUARKAN MENURUT CADANGAN INI ADALAH TIDAK SAH.**

Amount of assurance applied / Amaun insurans yang dimohon: **RM** \_\_\_\_\_

Amount of existing assurance / Amaun insurans yang sedia ada: **RM** \_\_\_\_\_

Proposal No. / No. Cadangan: \_\_\_\_\_

Name of Agent / Nama Ejen: \_\_\_\_\_

Agent Code No. / No. Kod Ejen: \_\_\_\_\_

Full name of child / Nama Penuh Kanak-Kanak: \_\_\_\_\_

BC/NRIC No. / No. SB/KP: \_\_\_\_\_

Date of Birth / Tarikh Lahir:       Sex / Jantina:  Male / Lelaki  Female / Perempuan Age / Umur: \_\_\_\_\_  
Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

PERSONAL STATEMENT TO MEDICAL EXAMINER / PERNYATAAN PERIBADI KEPADA PEMERIKSA PERUBATAN	Yes / Ya	No / Tidak	DETAILS of "Yes" answers (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities) / BUTIRAN jawapan "Ya" (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIRAN BERKAITAN: Masukkan tarikh diagnosis, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)
<p><b>(A) Does this child have or been told to have or been treated for / Pernahkah anak ini mengalami atau pernah diberitahu yang anak anda mengalami atau menerima rawatan untuk:</b></p> <p>1. <b>Bronchial asthma or other respiratory diseases / Asma bronkus atau penyakit pernafasan yang lain</b></p> <p>2. <b>Epilepsy, febrile fits or any other diseases or abnormality of the brain or nervous system / Epilepsi, sawan febril atau mana-mana penyakit atau keabnormalan otak atau sistem saraf yang lain</b></p> <p>3. <b>Blood diseases or disorders / Penyakit darah atau gangguannya</b></p> <p>4. <b>Heart diseases or disorders / Penyakit jantung atau gangguannya</b></p> <p>5. <b>Urogenital diseases or disorders / Penyakit urogenital atau gangguannya</b></p> <p>6. <b>Diabetes mellitus, goitre or any disease of the endocrine glands / Diabetes mellitus, goiter atau apa-apa penyakit kelenjar endokrin</b></p> <p>7. <b>Diseases of the liver, jaundice or hepatitis, stomach, gall bladder, intestines / Penyakit hati, demam kuning atau hepatitis, perut, pundi hempedu, usus</b></p> <p>8. <b>Diseases of the eye, ear, throat and nose / Penyakit mata, telinga, tekak dan hidung</b></p> <p>9. <b>Systemic lupus erythematosus, musculoskeletal disorders, or diseases of the connective tissue or skin / Lupus erithematosus sistematik, gangguan muskuloskeletal, atau penyakit berkaitan tisu penyambung atau kulit</b></p> <p>10. <b>Physical or mental defects / Kecacatan fizikal atau mental</b></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p><b>(B) In the past 5 years, has this child had any of the following / Dalam 5 tahun belakangan ini, adakah anak ini mengalami mana-mana yang berikut:</b></p> <p>1. <b>Diagnostic tests such as X-rays, electrocardiograms, CT-scans, echo, ultrasound, blood test or urine studies / Ujian diagnostik seperti sinar-X, elektrokardiogram, Imbasan CT, talunan, ultrabunyi, ujian darah atau kajian air kencing</b></p> <p>2. <b>Illness, injury, operations, medical advice or physical check up not mentioned above / Sakit, kecederaan, pembedahan, nasihat perubatan atau pemeriksaan fizikal yang tidak dinyatakan di atas</b></p> <p>3. <b>Been admitted to a hospital for any form of treatment or test / Dimasukkan ke hospital bagi apa-apa rawatan atau perubatan?</b></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p><b>(C) Is this child on any form of treatment or medication at present / Adakah pada masa ini anak ini berada dalam apa-apa bentuk rawatan atau perubatan?</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



<p><b>(D) Have you/your spouse or this child ever / Pernahkah anda/suami atau isteri anda atau anak ini?</b></p> <p><b>Received any medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS, AIDS related Complex or any other AIDS related condition; or been told to have any of these; OR 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? / Menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berkaitan dengan AIDS, Kompleks berkaitan AIDS atau sebarang penyakit berkaitan AIDS, atau dimaklumkan mempunyai mana-mana yang berikut; ATAU dalam tempoh 3 bulan kebelakangan ini mempunyai sebarang simptom selama lebih daripada satu minggu berterusan: keletihan, turun berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau lesi kulit yang luar biasa?</b></p>	<p>Yes / Ya    No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p>	<p><b>DETAILS of “Yes” answers (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities) / BUTIRAN jawapan “Ya” (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIRAN BERKAITAN: Masukkan tarikh diagnosis, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)</b></p>
--	---	---

**DECLARATION & CONSENT / PENGAKUAN & KEBENARAN**

I confirm that the answers given by me regarding the above-named child are full, complete and true and agree that they shall form part of any policy, where these answers are, or may be, relied upon by the Company. / Saya mengesahkan bahawa jawapan yang saya berikan berkaitan kanak-kanak yang dinamakan di atas adalah penuh, lengkap, dan benar dan bersetuju bahawa semua jawapan hendaklah membentuk sebahagian daripada mana-mana polisi, kerana jawapannya adalah, atau mungkin, dijadikan pegangan oleh Syarikat.

Having read and understood the contents hereof, I also hereby authorise any of the Company’s appointed medical examiners or designated laboratories to conduct or perform blood and/or urine tests, as may be necessary to underwrite this application for insurance coverage. These may include, but are not limited to, tests for cholesterol and related blood lipids, diabetes, liver or kidney disorders, infection by the AIDS virus, immune disorders or the presence of medication, drugs nicotine or their metabolites. / Setelah membaca dan memahami kandungan dokumen ini, saya juga memberikan kuasa kepada mana-mana pemeriksa perubatan atau makmal yang ditetapkan oleh Syarikat untuk melakukan atau membuat ujian darah dan/atau air kencing, yang boleh diperlukan bagi mengunderait perlindungan insurans permohonan ini yang hendaklah termasuk, tetapi tidak terhad kepada, ujian kolesterol dan yang berkaitan dengan lipid darah, diabetes mellitus, gangguan hati atau buah pinggang, jangkitan virus AIDS, gangguan daya tahan atau kehadiran ubat-ubatan, dadah nikotin atau metabolitnya.

Provided that, unless my prior consent has been obtained, the Company shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purpose of this application or further applications for insurance with the Company except to such an extent that disclosure is required by the Life Insurance Association of Malaysia, any proper Government Authority or by Law, and further provided that the Company shall use all care in carrying out any such test, but shall not be liable for any unforeseen occurrence, act or omission, unless the Company has been negligent. / Diperuntukkan bahawa, melainkan dengan kebenaran saya terlebih dahulu, Syarikat hendaklah, pada setiap masa, menyimpan semua keputusan bagi apa-apa ujian dengan rahsia dan penggunaannya hendaklah hanya bagi tujuan permohonan ini atau permohonan insurans dengan Syarikat ini seterusnya melainkan sehingga ke suatu peringkat, pendedahan diperlukan oleh Persatuan Insurans Hayat Malaysia, sebarang Pihak berkuasa Kerajaan atau Undang-Undang yang sah, dan diperuntukkan selanjutnya bahawa, Syarikat hendaklah menggunakan segala langkah penjagaan dalam menjalankan apa-apa ujian sedemikian, tetapi tidak bertanggungjawab terhadap sebarang kejadian yang tidak dijangka, tindakan atau penepian, melainkan atas kecuaiannya sendiri.

I hereby further authorise any physician, hospital, clinic, insurance company, or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of the above-named child or the child’s health, to disclose to the Company or its representative any and all information about the child with reference to the child’s health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photocopy of this authorisation shall be effective and valid as the original. / Dengan ini, saya selanjutnya memberikan kuasa kepada mana-mana doktor, hospital, klinik, syarikat insurans, atau pertubuhan, institusi atau orang perseorangan lain yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang anak yang dinamakan di atas atau tentang kesihatannya, untuk mendedahkan kepada Syarikat atau mana-mana wakilnya sebarang atau semua maklumat berkaitan kesihatan dan sejarah kesihatan kanak-kanak beserta dengan apa-apa kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan, penyakit atau penyakit kanak-kanak. Satu salinan fotostat bagi pemberian kuasa ini hendaklah berkesan dan sah seperti salinan asalnya.

Dated this / Bertarikh pada \_\_\_\_\_ day / haribulan \_\_\_\_\_ at / di \_\_\_\_\_

Witnessed by / Disaksikan oleh:

Medical Examiner  
Pemeriksa Perubatan

Signature or Thumb print of Life Proposed  
(Child) / Tandatangan atau Cap Ibu Jari Insured  
Dicadangkan (Kanak-Kanak)

Signature of Child’s Parents or Legal  
Guardian / Tandatangan Ibu bapa atau Penjaga  
Sah Kanak-kanak

Name / Nama : \_\_\_\_\_

IC No. / No. KP : \_\_\_\_\_

MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT / LAPORAN SULIT PEMERIKSA PERUBATAN

Full name of child / Nama penuh kanak-kanak: \_\_\_\_\_

(E) Physical Examination of Child / Pemeriksaan Fizikal Kanak-Kanak				Yes / Ya	No / Tidak	<b>DETAILS of "Yes" answers (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities) / BUTIRAN jawapan "Ya" (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIRAN BERKAITAN: Masukkan tarikh diagnosis, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)</b>
Height (cm) / Tinggi (sm)	Weight (kg) / Berat badan (kg)	Visual acuity / Ketajaman penglihatan				
		Right eye / Mata kanan:	Left eye / Mata kiri:			
<b>(F) After careful examination and history taking, do you find any evidence of past or present disease or abnormality of:</b> / Setelah pemeriksaan teliti dan membuat catatan sejarah, dapatkah anda mengesan sebarang tanda-tanda penyakit atau keabnormalan yang lepas atau yang sedang dialami:						
1. Brain or peripheral nervous system (including reflexes, gait, spasticity paralysis) / Sistem sarat periferol atau otak (termasuk tindak balas, gait, paralisis spashk)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Cardiovascular system (please state presence or absence of cyanosis, clubbing and describe murmur in detail if any). Kindly indicate diagnosis or cardiovascular abnormalities detected if possible / Sistem kardiovaskular (sila nyatakan kianosis hadir atau tidak, pertombolan dan huraikan murmur secara terperinci, jika ada). Sila nyatakan diagnosis atau keadaan kardiovaskular tidak normal yang dikesan sekiranya boleh.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Respiratory System / Sistem Pernafasan.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Gastrointestinal System / Sistem Gastrousus.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Urogenital System / Sistem Urogenital.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Blood disorders / Gangguan Darah.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Endocrine disorders / Gangguan endokrin.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Arthritis, musculoskeletal, connective tissue or disorders of the skin / Artritis, muskuloskeletal, tisu peyambung atau gangguan pada kulit.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Ears, Nose, Throat, Eyes / Telinga, Hidung, Tekak, Mata.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Lymphatic system / Sistem limfatik.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Identification marks present on body / Tanda-tanda pengenalan yang ada di badan.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Any physical deformities or mental disorders? / Apa-apa kecacatan atau gangguan mental?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>(G) URINALYSIS (To be carried out only for children between 10 to 16 years or if there is history of renal disease) / UJIAN AIR KENCING (Dijalankan hanya bagi kanak-kanak antara 10 hingga 16 tahun atau sekiranya terdapat sejarah penyakit renal)</b>						
Specific Gravity / Gravitil Khusus	Blood / Darah	Sugar / Gula	Albumin / Albumin			
<b>(H) Are you aware of any unfavourable features likely to affect his/her longevity / Tahukah anda apa-apa ciri yang tidak memuaskan yang mungkin menjejaskan jangka hayat kanak-kanak ini</b>						
1. In the personal history of the child / Sejarah peribadi kanak-kanak.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Disclosed by your medical examination / Ditunjukkan melalui pemeriksaan kesihatan anda.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Would you recommend any additional tests or report / Adakah anda mencadangkan apa-apa ujian atau laporan tambahan.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Do you consider the above child a higher than average risk for AIDS / Adakah anda menganggap anak tersebut mempunyai risiko lebih tinggi dari biasa terhadap AIDS.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



<p><b>(I) Does this child appear well nourished and in good health? / Adakah kanak-kanak ini kelihatan cukup makan and dalam kesihatan yang baik?</b></p>	<p><b>Yes / Ya    No / Tidak</b></p> <p><input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/></p>	<p><b>DETAILS of “Yes” answers (IDENTIFY QUESTION NUMBER, CIRCLE APPLICABLE ITEMS: Include diagnosis dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities) / BUTIRAN jawapan “Ya” (KENAL PASTI NOMBOR SOALAN, BULATKAN BUTIRAN BERKAITAN: Masukkan tarikh diagnosis, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor yang merawat dan kemudahan perubatan)</b></p>
<p><b>(J) What is your general impression of the child after completing your medical examination? / Apakah tanggapan am anda berkenaan kanak-kanak setelah anda selesai membuat pemeriksaan kesihatan?</b></p>		
<p><b>(K) Please state anything discovered or observed by you that has not been set forth above which may influence the insurance risk or longevity in this case / Sila nyatakan dapatan atau pemerhatian yang anda temui tetapi belum dikemukakan di atas, yang mungkin mempengaruhi risiko insurans atau dalam hal ini, jangka hayat.</b></p>		

**I hereby certify that I have made this examination in private at / Dengan ini saya mengesahkan bahawa saya telah membuat pemeriksaan secara sulit di \_\_\_\_\_ on the / pada \_\_\_\_\_ day of / haribulan \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ at / pada pukul \_\_\_\_\_ am/pm / pagi/petang.**

**Name of Examiner / Nama Pemeriksa :** \_\_\_\_\_

**Examiner’s Code No. / No. Kod Pemeriksa :** \_\_\_\_\_

**NRIC No. / No. KP :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature of Examiner / Tandatangan Pemeriksa**

**DOCTOR - PLEASE CHECK YOUR REPORT FOR OMISSIONS /  
 DOKTOR - SILA SEMAK LAPORAN ANDA DAN PASTIKAN TIDAK ADA YANG TERTINGGAL**

\_\_\_\_\_  
**Clinic Rubber Stamp / Cap Klinik**