

APPLICANT'S GASTRIC QUESTIONNAIRE

KAJI SELIDIK GASTRIK PEMOHON

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. Give date when gastric problem first started? / Tarikh bila masalah gastrik bermula?

2. Whether gastric ulcer or duodenum ulcer? / Adakah ia ulser gastrik atau ulser duodenum?

3. Whether any diagnostic procedures, e.g. Barium Meal, X-Ray or Gastroscopy done? If so, please give details such as type of test, date, place and the results. / Adakah sebarang prosidur diagnostik seperti Hidangan Barium, X-Ray atau Gastroskopi dilakukan? Jika ada, sila berikan butir-butir seperti jenis ujian, tarikh, tempat dan keputusannya.

4. Whether there are recurrent gastric attacks? How many times in the past 24 months and the date of last attack? / Ada serangan gastrik berulang-ulang? Berapa kali dalam 24 bulan yang lepas dan tarikh serangan terakhir?

5. Are you still on medication? If so, please state the type of medications. If medication stopped, when was it stopped? / Adakah anda masih mengambil perubatan? Jika ya, sila nyatakan jenis perubatan. Jika telah berhenti perubatan, bilakah ia berhenti?

6. Please give address of doctor/clinic where treatment is/was sought. / Sila berikan alamat doctor/klinik dimana rawatan diterima.

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

