

**PERSONAL HEALTH DECLARATION FORM (REINSTATEMENT) /
BORANG AKUAN PERIBADI (PENGAKTIFAN SEMULA)**

Certificate No. / No. Sijil			
Name of Participant / Nama Peserta			
NRIC / Passport / No. KP. Baru / Paspot		Contact Telephone No. / No. Untuk Dihubungi	
Is the Certificate assigned to any party? Adakah Sijil diserah hak kepada mana-mana pihak?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak	
Assignee Name / Nama Pemegang Serah Hak			
NRIC / Passport / No. KP. Baru / Paspot			
Correspondence Address / Alamat surat menyurat			

Please tick () in the box and complete the form where appropriate. / Sila tanda () di dalam kotak dan lengkapkan borang mengikut kesesuaian.

A. PERSONAL HEALTH DETAILS / BUTIRAN KESIHATAN PERIBADI

Note: The questions below must be answered by Covered Person. If the Covered Person is below 18 years of age based on his/her last birthday, the questions should be answered by the Participant on behalf of the Covered Person. If the Participant is also a Covered Person (or has opted for a Rider), he/she is required to answer the questions below.

Nota: Soalan-soalan di bawah mesti dijawab oleh Orang Yang Dilindungi. Sekiranya Orang Yang Dilindungi adalah di bawah umur 18 tahun berdasarkan tarikh lahir yang lepas bagi Orang Yang Dilindungi, soalan-soalan perlu dijawab oleh Peserta bagi pihak Orang Yang Dilindungi. Sekiranya Peserta adalah Orang Yang Dilindungi (atau memilih manfaat tambahan), beliau dikehendaki menjawab soalan-soalan di bawah.

HEALTH QUESTIONS / SOALAN-SOALAN KESIHATAN	PARTICIPANT / PESERTA	COVERED PERSON / ORANG YANG DILINDUNGI
Gender / Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
Age / Umur	<input type="text"/> <input type="text"/> Years / Tahun	<input type="text"/> <input type="text"/> Years / Tahun
Date of birth / Tarikh Lahir	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Present height / Ketinggian sekarang	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Present weight / Berat sekarang	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg

HEALTH QUESTIONS / SOALAN-SOALAN KESIHATAN

PARTICIPANT / PESERTA

COVERED PERSON / ORANG
YANG DILINDUNGI

1. Did you have any weight change in excess of 5 kg in the last 12 months? If yes, kindly state the reason and exact amount of weight change. / Adakah anda mengalami perubahan berat yang melebihi 5 kg dalam 12 bulan terakhir? Jika ada, sila nyatakan sebabnya dan amaun yang tepat.

 Yes / Ya

 kg

 No / Tidak

 Yes / Ya

 kg

 No / Tidak

2. a) Do you smoke cigarettes tobacco or use nicotine products ? If yes, how many sticks per day or provide details of your nicotine product usage. / Adakah anda merokok tembakau atau menggunakan produk nikotin ? Jika ya, berapa batang sehari atau berikan maklumat-maklumat lengkap.

 Yes / Ya

 Sticks /batang

 No / Tidak

 Yes / Ya

 Sticks /batang

 No / Tidak

b) Do you consume alcoholic drinks? If yes, state average daily consumption :

 Yes / Ya

Beer / Stout / Bir/ Stout

 Small Bottles /
Botol kecil

Wine / Wine

 Glasses / Gelas

Whiskey/Brandy/Others/

Wiski/Brandi/Lain-lain

 Pegs / peg

 No / Tidak

 Yes / Ya

Beer / Stout / Bir/ Stout

 Small Bottles /
Botol kecil

Wine / Wine

 Glasses / Gelas

Whiskey/Brandy/Others/

Wiski/Brandi/Lain-lain

 Pegs / peg

 No / Tidak

c) Have you ever used habit-forming drugs, illicit drugs / narcotics or been treated for alcoholism or drug habits? Adakah anda pernah menggunakan dadah yang menimbulkan ketagihan, dadah / narkotik haram atau pernah dirawat akibat ketagihan arak atau dadah ?

 Yes / Ya

 No / Tidak

 Yes / Ya

 No / Tidak

HEALTH QUESTIONS / SOALAN-SOALAN KESIHATAN	PARTICIPANT / PESERTA	COVERED PERSON / ORANG YANG DILINDUNGI
<p>3. Do you currently have, or have you ever had in the past (regardless whether you consulted a doctor or not) ANY of the following symptoms / conditions or have you ever been diagnosed with, treated for or advised to seek treatment or surgery for any signs and symptoms for any of the following illnesses : / Adakah anda kini mempunyai, atau anda pernah mengalami pada masa lalu (tidak kira sama ada berjumpa dengan doktor atau tidak) SEBARANG gejala / masalah berikut atau adakah anda pernah disahkan menghidapi, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapat rawatan atau menjalani pembedahan untuk sebarang tanda-tanda dan gejala-gejala seperti berikut:</p> <p>a) Diabetes, abnormal urine (protein, blood or pus cells in the urine), kidney stones, prostate or other disorder of the kidney or genital-urinary system? / Kencing manis, air kencing abnormal (sel protein, darah, nanah dalam kencing), batu karang pada ginjal, prostat atau gangguan lain pada ginjal atau sistem genital-urinari?</p> <p>b) Fit, epilepsy, paralysis, mental or nervous disorder, psychiatric conditions, abnormalities of the brain or nervous system, multiple sclerosis, Parkinson's disease, Alzheimer's disease? / Sawan, epilepsi, lumpuh, gangguan mental atau saraf, masalah psikiatri, keabnormalan otak atau sistem saraf, sklerosis berbilang, penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer?</p> <p>c) Asthma, tuberculosis, bronchitis, pneumonia respiratory disorder, or other lung disease? / Lelah, batuk kering, bronchitis, gangguan pernafasan pneumonia, atau penyakit paru-paru lain?</p> <p>d) Goitre, thyroid or endocrine system disorder? Beguk, tiroid atau gangguan sistem endokrin?</p> <p>e) High blood pressure, discomfort or tightness of chest, palpitation, heart attack, stroke, raised cholesterol level, disorder or disease of heart or blood vessel, transient ischaemic attack or brain injury, heart valve disorder or heart murmur? / Tekanan darah tinggi, ketidakselesaan atau kesesakan pada dada, debaran jantung, serangan jantung, strok, peningkatan tahap kolesterol, gangguan atau penyakit pada jantung atau saluran darah, serangan iskemia sementara atau kecederaan otak, penyakit injap jantung atau jantung berbunyi?</p> <p>f) Jaundice, hepatitis, or being a hepatitis carrier, any type of ulcer, diseases of the stomach, intestines, liver or gall bladder, gastrointestinal / urinary tract bleeding or pancreatic disorder? / Penyakit kuning, hepatitis atau merupakan pembawa hepatitis, apa-apa jenis ulser, penyakit pada perut, usus, hati atau pundi hempedu, pendarahan saluran gastrousus / kencing atau gangguan pankreas?</p> <p>g) Nose bleeds, double vision, deafness, blindness, vision / hearing impairment, disease of eyes, nose, ear, mouth, and throat? / Pendarahan hidung, penglihatan berganda, pekak, buta, masalah penglihatan / pendengaran, penyakit mata, hidung, telinga, mulut dan kerongkong?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

HEALTH QUESTIONS / SOALAN-SOALAN KESIHATAN	PARTICIPANT / PESERTA	COVERED PERSON / ORANG YANG DILINDUNGI
<p>h) Cancer, cyst, growth, or tumor, lumps abnormal swelling, severe skin infections, facial rashes or any enlarged lymph glands, disorder of skin or immune system? / <i>Kanser, sista, ketumbuhan, atau tumor, ketulan, bengkak abnormal, jangkitan kulit yang teruk, ruam muka atau apa-apa pembesaran pada kelenjar limfa, masalah kulit atau system imune?</i></p> <p>i) Arthritis, gout, prolapsed intervertebral disc, rheumatism, Systemic Lupus Erythematosus, muscular dystrophy, disorder of the spine muscles, bones back or joints? / <i>Arthritis, gout, prolaps diska intervertebral, reumatisme, sistemik Lupus Eritematosus, distrofi otot, gangguan pada spina, otot, tulang belakang atau sendi?</i></p> <p>j) Any venereal disease such as syphilis, gonorrhea, tested positive for AIDS viruses, HIV/AIDS or AIDS related conditions or any gynecological disorder, e.g. any disease or disorder of the breast, cervix uteri, uterus or ovaries including breast lump, breast or ovarian cyst, carcinoma in situ, fibroid, polyp, abnormal menstrual bleeding, cancer or growth? / <i>Apa-apa penyakit kelamin seperti sifilis, gonorea, diuji positif bagi virus-virus AIDS, HIV/AIDS atau sebarang keadaan berkaitan dengan AIDS, penyakit berjangkit berpunca dari salur genital atau sakit puan yang lain, contohnya sebarang penyakit atau masalah payudara, serviks uteri, rahim atau ovari termasuk gumpalan payudara, sista payudara atau ovari, karsinoma in situ, fibroid, polip, pendarahan haid yang tidak normal, kanser atau ketumbuhan ?</i></p> <p>k) Hereditary or congenital condition(s), drug/alcohol addiction, rheumatic fever or Kawasaki disease, anaemia, or disorder or disease of blood, any other serious illness, injury, physical impairment? / <i>Penyakit keturunan atau penyakit sejak lahir, ketagihan dadah/alcohol, deman reumatik, penyakit Kawasaki, anemia atau gangguan atau penyakit pada darah, sebarang penyakit serius, kecederaan, kecacatan fizikal atau sebarang gangguan?</i></p> <p>l) Have you experienced the following symptoms for more than 3 months? Unexplained recurrent or persistent fever and fatigue, unexplained weight loss, diarrhoea, chronic or recurrent diarrhea or, enlarged lymph nodes or unusual skin lesion. / <i>Pernakah anda mengalami gejala-gejala berikut selama lebih 3 bulan? Demam dan kelesuan yang berterusan atau berulang dan tidak dapat dijelaskan, kehilangan berat badan, cirit-birit yang kronik atau berulang-ulang atau pembesaran ruas atau lesi kulit yang luar biasa.</i></p>		
<p>4. In the past 5 years, have you received any advice or treatment from a doctor, hospital, clinic or specialist including any diagnostic tests such as X-ray, ECG, stress ECG, angiogram, echocardiogram, ultrasound, CT or MRI scan, pap smear, mammogram, any blood tests or predictive genetic test? / <i>Di dalam jangkamasa 5 tahun yang lepas, pernahkah anda menerima sebarang nasihat atau rawatan dari doktor, hospital atau pakar termasuk sebarang ujian diagnosis seperti X-ray, ECG, stres ECG, angiogram, ekokardiogram, ultrabunyi, imbasan CT atau MRI, pap smear, mammogram, sebarang ujian darah atau ujian genetik ramalan?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>5. Have you ever been rejected or accepted on non-standard term by a takaful operator or insurance company when applying for family takaful or life insurance, accidental, medical or health related plan or when applying for reinstatement of life or health insurance / Takaful? / <i>Pernakah permohonan anda dalam pelan insurans nyawa atau takaful, kemalangan, perubatan atau berkaitan dengan kesihatan atau pengaktifan semula pelan insurans nyawa atau takaful, kemalangan, perubatan atau berkaitan dengan kesihatan, ditolak, atau diterima dengan bersyarat oleh Pengendali Takaful atau syarikat insuran?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya</p> <p><input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

HEALTH QUESTIONS / SOALAN-SOALAN KESIHATAN	PARTICIPANT / PESERTA	COVERED PERSON / ORANG YANG DILINDUNGI
<p>6. Does your current occupation, or any pursuit (e.g. extreme sports, hobbies, activities) that you engage in or intend to engage in. include any activities that are hazardous in nature (e.g. working at heights, offshore, underwater or underground, using explosive, motor racing, flying (other than as a fare paying passenger on a commercial airline), diving, mountaineering or others)?</p> <p><i>Adakah pekerjaan atau sebarang kerja sambilan anda terbabit atau adakah anda berniat untuk membabitkan diri dalam sebarang pekerjaan atau aktiviti (contohnya sukan extreme, hobi), termasuk aktiviti yang berbahaya (contohnya bekerja di tempat tinggi, luar pesisiran laut, di bawah air atau tanah, menggunakan bahan letupan, lumba motor, penerbangan (selain daripada penumpang yang membayar tambang untuk penerbangan komersial), menyelam, mendaki gunung atau lainlain)?</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<p>7. Have any of your siblings, parents, either dead or alive, ever suffered from any heart disease, diabetes, stroke, cancer, hypertension, kidney disease or any hereditary disease (e.g. Polycystic kidney disease, bowel polyps, Huntington disease, multiple sclerosis) before the age of 60?</p> <p><i>Adakah adik beradik, ibubapa, sama ada masih hidup atau sudah meninggal dunia, pernah menghadapi sebarang penyakit jantung, kencing manis, strok, barah, tekanan darah tinggi, penyakit buah pinggang atau sebarang penyakit keturunan (contohnya penyakit buah pinggang polycystic, polip usus, penyakit Huntington, sclerosis berbilang) sebelum mencapai usia 60 tahun?</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<p>If you have answered YES to any questions above, please provide full details (including medical condition, date of diagnosis, treatment prescribed, name and address of attending doctor – if any). <i>Sekiranya anda menjawab YA untuk mana-mana soalan-soalan di atas, sila berikan maklumat-maklumat lengkap dan terperinci (termasuk keadaan perubatan, tarikh diagnosis, rawatan yang ditetapkan, nama dan alamat doktor – sekiranya ada).</i></p>		

B. DECLARATION / PENGAKUAN	
<input type="checkbox"/> All information and documents I provide pursuant to this personal health declaration form, including information relating to the Covered Person where the covered person is other than myself are full, accurate and true. / <i>Segala maklumat dan dokumen-dokumen yang saya berikan bersempena dengan borang akuan peribadi ini, termasuk maklumat berkenaan dengan Orang yang Dilindungi jika orang yang Dilindungi adalah orang lain, adalah penuh, tepat dan benar.</i>	<input type="checkbox"/> I also confirm that I did not withhold any information, which may influence the approval on the reinstatement of the above Certificate. / <i>Saya juga mengesahkan bahawa saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat, yang mungkin akan mempengaruhi kelulusan pengaktifan semula Sijil di atas.</i>

PARTICULAR / BUTIRAN	SIGNATURE OF PARTICIPANT AND WITNESS / TANDATANGAN PESERTA DAN SAKSI			
	PARTICIPANT / PESERTA	COVERED PERSON / ORANG YANG DILINDUNGI	ASSIGNEE / PEMEGANG SERAH HAK (IF CERTIFICATE HAS BEEN ASSIGNED / JIKA SIJIL TELAH DISERAH HAK)	WITNESS / SAKSI**
Name / Nama				
NRIC / Passport / Other ID No. / No. <i>K.P. Baru / Paspot / No. Pengenal Lain</i>				
Signature / Tandatangan				
Date / Tarikh				
<p>**The witness must be of sound mind, at least 18 years old and must not be a nominee. / <i>Saksi mestilah seorang yang waras, berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan bukan seorang penama.</i></p>				

