



BACK DISORDERS QUESTIONNAIRE (To be completed by Proposed Life Assured)
SOAL SELIDIK SAKIT BELAKANG BADAN (Untuk dilengkapkan oleh Hayat Yang Dicadangkan)

Proposed Life Assured : _____ Proposal/Policy No. :

--	--	--	--	--	--	--	--

Hayat Dicadangkan : _____ No. Cadangan/Polisi : _____

1. When was this condition first diagnosed and please state the diagnosis?
Bilakah kali pertama keadaan ini didiagnos dan sila nyatakan diagnosis secara terperinci?

2. When did you first experience the symptoms? / Bilakah kali pertama anda mengalami gejala?

3. Please describe your symptoms. / Sila nyatakan gejala-gejala yang dialami.

4. Please provide details of the frequency and severity of symptoms and the duration(s) of incapacity including dates and time off work. / Sila berikan maklumat tentang kekerapan dan tahap / keadaan teruk gejala yang dialami dan tempoh ketidakmampuan termasuk tarikh dan masa tidak bekerja.

5. Have you ever had any tests or investigations carried out in connection with this condition, e.g. x-ray, MRI, CT scan or nerve conduction studies? If "Yes", please provide details including dates, procedures, locations and results:
Pernahkah anda menjalani sebarang ujian atau penyiasatan berhubung dengan keadaan ini, cth: sinar-X, MRI, pengimbasan CT atau kajian konduksi saraf? Jika "Ya", sila beri butiran termasuk tarikh, prosedur, lokasi dan keputusan:

Name of test or investigation <i>Nama kajian atau penyiasatan</i>	Location <i>Lokasi</i>	Date <i>Tarikh</i>	Results <i>Keputusan</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. Were you informed that your back disorder was due to spinal tumour or any other disease? / Pernahkah anda diberitahu bahawa sakit belakang badan anda adalah disebabkan oleh tumor tulang belakang atau penyakit sistemik?

No / Tidak Yes / Ya; please provide details / sila beri butiran _____

7. Please provide details of any medication taken for this condition. / Sila berikan butiran mengenai ubat yang anda ambil untuk keadaan ini.

Name of medication <i>Nama ubat</i>	Dose <i>Dos</i>	Frequency <i>Kekerapan</i>	Date last taken <i>Tarikh terakhir pengambilan</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



8. Please provide details of any other treatment that you have had for this condition, e.g. surgery, treatment by a physiotherapist, chiropractor, osteopath, massage therapist, acupuncturist etc.
Sila berikan butiran mengenai sebarang rawatan yang dijalai untuk keadaan ini cth: pembedahan, rawatan dari ahli fisioterapi, rawatan cacat tubuh, osteopat, rawatanurut, akupunktur, dsb.

Type of treatment Jenis rawatan	Name of practitioner or clinic Nama doktor atau klinik	Address Alamat	Date of last consult Tarikh terakhir perundingan
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

9. Have you had any operation for this condition or an operation being considered?
Adakah anda pernah menjalani pembedahan atau pembedahan telah disyorkan kepada anda?

No / Tidak Yes / Ya; Please provide details / Sila beri butiran _____

10. Are your daily activities restricted in any way?
Adakah aktiviti-aktiviti harian yang anda lakukan terhad?

No / Tidak Yes / Ya; Please provide details / Sila beri butiran _____

11. Are you still on regular follow up? / Adakah anda masih menjalani rawatan susulan tetap?

No / Tidak Yes / Ya

When was your last consultation? / Bilakah kali terakhir anda mendapatkan rundingan?

12. When was you last experiencing back pain / attack? / Bilakah kali terakhir anda mengalami sakit belakang badan / serangan?

DECLARATION / PENGAKUAN

In connection with my application for insurance/reinstatement of my lapsed life policy, I have been informed by the Company in writing (as per the proposal form or reinstatement application form) about my duty of disclosure which I have fully understood. Hence, I hereby confirm that I have answered all questions asked in this form fully and accurately. I believe that the answers given will be relied upon by the Company for underwriting my insurability for insurance cover.

Sehubungan dengan permohonan saya untuk insurans/pengembalian semula polisi hayat saya yang sudah luput saya telah dimaklumkan secara bertulis (melalui borang cadangan atau borang permohonan pengembalian semula) mengenal kewajipan pendedahan saya dan saya dengan sepenuhnya memahami kewajipan tersebut. Saya dengan ini, mengesahkan bahawa saya telah menjawab semua soalan yang ditanya, di dalam borang ini dengan lengkap dan tepat. Saya percaya bahawa jawapan yang diberikan akan digunakan untuk menjaga jamin kepentingan boleh insurans saya.

I understand and agree that the information I supply will be collected, used and processed by Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. ("TMLM"), its agents and its authorized parties (within or outside of Malaysia) for the purposes of processing this application and to facilitate TMLM's function as an insurance company. I have a right to obtain access to and to request correction of my personal information held by TMLM by contacting TMLM's Customer Service Representatives.

Saya memahami dan bersetuju bahawa maklumat yang saya berikan akan dikumpulkan, digunakan dan diproses oleh Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. ("TMLM"), agennya dan pihak-pihak yang diberi kuasa (di dalam atau di luar Malaysia) untuk tujuan memproses permohonan ini dan memudahkan fungsi TMLM sebagai syarikat insurans. Saya faham bahawa saya mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada dan meminta pembetulan maklumat peribadi saya yang dipegang oleh TMLM dengan menghubungi Wakil Perkhidmatan Pelanggan TMLM.

I understand that I can visit TMLM's Corporate Website (<https://www.tokiomarine.com/my/en/life/privacy-policy.html>) for a full copy of TMLM's Privacy and Data Protection Policy.

Saya memahami bahawa saya boleh melayari Laman Web Korporat TMLM (<https://www.tokiomarine.com/my/en/life/privacy-policy.html>) untuk mendapatkan salinan penuh Polisi Privasi dan Perlindungan Data TMLM.

Name : _____ Signature : _____
Nama : _____ Tandatangan : _____

NRIC No. : _____ Date : _____
No. K.P. : _____ Tarikh : _____

Note: This form is a bilingual form and should there be any dispute in the interpretation, the English Text Version shall prevail.

Nota: Borang ini adalah borang dwibahasa dan sekiranya timbul sebarang pertikaian terhadap tafsiran, versi Bahasa Inggeris akan digunakan.