



COVID-19 (CORONAVIRUS) EXPOSURE QUESTIONNAIRE FOR HEALTH CARE WORKERS
(To be completed by Proposed Life)
SOAL SELIDIK PENDEDAHAN COVID-19 (CORONAVIRUS) UNTUK PEKERJA PENJAGAAN KESIHATAN
(Untuk dilengkapkan oleh Hayat Yang Dicadangkan)

Proposed Life Assured : _____
Hayat Dicadangkan : _____

Proposal/Policy No. : _____
No. Cadangan/Polisi : _____

Particulars / Butiran:

Occupation / Pekerjaan	
Medical Specialty (if applicable) <i>Kepakaran Perubatan (jika berkenaan)</i>	
Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties) / Tugas yang sebenarnya (termasuk tugas prosedur atau tidak prosedur)	
Name and address of the medical facility you are working in <i>Nama dan alamat bagi kemudahan perubatan anda bekhidmat</i>	
Name of the Health Authority under which you are registered. <i>Nama Pihak Berkuasa Kesihatan anda berdaftar</i>	

Please answer the following questions with as much detail as possible:
Sila jawab soalan-soalan berikut dengan seberapa teliti yang mungkin

1. Have you been or do your work duties involve close contact with anyone who has been quarantined or who has been diagnosed with novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? If yes, please provide details including nature of work for patients with novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19).
Pernahkah anda atau kerja anda melibatkan hubungan rapat dengan sesiapa yang telah dikuarantinkan yang telah didiagnosis dengan novel coronavirus (SARS-CoV-2 / COVID-19)? Jika ya, sila berikan butiran termasuk butiran kerja untuk pesakit dengan coronavirus novel (SARS-CoV-2 / COVID-19).

Yes/ Ya; No/ Tidak

2. Have you ever been on leave of absence/sick leave due to a possible exposure of, tested positive or awaiting test results for novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? If yes, please provide relevant dates and details.
Adakah anda pernah mengambil cuti/ cuti sakit akibat kemungkinan pendedahan, ujian positif atau menunggu ujian untuk novel coronavirus (SARS-CoV-2 / COVID-19)? Jika ya, sila berikan tarikh dan butiran yang berkaitan.

Yes/ Ya; No/ Tidak





3. Have you experienced any of the following symptoms within the last 14 days?
Pernahkah anda mengalami mana-mana gejala berikut dalam tempoh 14 hari yang lalu?

- Any Fever / Sebarang demam
- Cough / Batuk
- Shortness of breath / Kesesakan bernafas
- Malaise (flu-like tiredness) / ketidakselesaan (keletihan seperti selesema)
- Rhinorrhea (mucus discharge from the nose) / Rhinorrhea (lendir keluar dari hidung)
- Sore throat / Sakit tekak
- Gastro-intestinal symptoms such as nausea, vomiting and/ or diarrhea
Gejala gastrointestinal seperti mual, muntah dan / atau cirit-birit

If yes, to any of these, please provide full information. If no, please indicate nil.
Jika ya, kepada mana-mana, sila beri maklumat lengkap. Jika tidak, sila nyatakan tiada.

4. Are you currently in good health and actively at work?
Adakah anda berada dalam kesihatan yang baik dan aktif di tempat kerja?

- Yes/ Ya; No/ Tidak

DECLARATION / PENGAKUAN

I, the undersigned, hereby declare that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this proposal. I agree that this form will constitute part of my proposal for life assurance and that failure to disclose any material facts known to me may invalidate the contract.
Saya, yang bertandatangan di bawah, dengan ini mengaku bahawa jawapan yang telah saya berikan adalah, sepanjang pengetahuan saya, benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin akan mempengaruhi penilaian atau penerimaan cadangan insurans ini. Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian dari borang cadangan untuk insurans hayat dan kegagalan untuk mendedahkan sebarang maklumat penting yang saya ketahui berkemungkinan membatalkan kontrak insurans tersebut.

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.