



CHEST DISCOMFORT/PAIN QUESTIONNAIRE (To be completed by Proposed Life)
SOAL SELIDIK KETIDAKSELESAAN/KESAKITAN DADA (Untuk dilengkapkan oleh Hayat Yang Dicadangkan)

Proposed Life Assured : _____
Hayat Dicadangkan : _____

Proposal/Policy No. :

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

No. Cadangan/Polisi : _____

1. When did you first experience chest discomfort / pain?

Bilakah kali pertama anda mengalami ketidakselesaan / kesakitan pada dada?

2. Did you have any subsequent chest pain after this episode?

If 'Yes', please provide date(s) of most recent chest pain.
Adakah anda mengalami sebarang sakit dada selepas episod ini?
Jika 'Ya', sila berikan tarikh sakit dada yang terkini.

Yes
Ya

No
Tidak

3. Did the chest pain kept you away from work?

If Yes, please provide date and number of days off work.
Adakah sakit dada ini menyebabkan anda tidak bekerja?
Jika 'Ya', sila nyatakan tarikh dan jumlah hari bercuti.

Yes
Ya

No
Tidak

4. Please state the location of the chest pain that you suffered recently.

Sila nyatakan lokasi di mana sakit dada yang anda alami baru-baru ini.

- Central part of chest / Tengah dada
- Right side of chest / Di sebelah kanan dada
- Left side of the chest / Sebelah kiri dada
- All over the chest / Semua bahagian dada
- Across the front of the chest / Di bahagian hadapan
- Elsewhere (Please indicate location) / Di tempat lain (Sila nyatakan)

5. Which of these best describe the nature and severity of your chest pain?

Mana satukah yang berikut menerangkan dengan baik jenis dan sifat sakit dada anda?

- Very severe pain / Sakit yang terlalu teruk
- Vague discomfort / Ketidakselesaan
- Sharp pain / Sakit yang tajam
- Gripping pain / Sakit yang mencengkam
- Dull ache / Sakit yang lembap





6. Did the chest pain radiate to any part of the chest or body?

If 'Yes', please indicate the site of radiation.

Adakah kesakitan dada itu merebak ke bahagian lain dada atau badan?

Jika 'Ya', sila nyatakan.

- To the shoulder / Ke bahu
- To the arms / Ke lengan tangan
- To the jaws / Ke rahang
- To the abdomen / Ke rongga perut
- Elsewhere (Please indicate location) / Lain-lain (sila kemukakan lokasi)

7. Please indicate the duration of your last chest pain.

Sila nyatakan tempoh kesakitan dada anda kebelakangan ini.

8. What was the mode of onset of the chest pain?

Bagaimanakah cara serangan yang menyebabkan kesakitan pada dada berlaku?

- Sudden / Tiba-tiba
- Gradual / Sederhana dan perlahan-lahan
- On exertion / Sewaktu menggunakan tenaga
- At rest / Semasa rehat
- On deep inspiration / Semasa inspirasi dalaman
- Certain postures / Sebahagian posisi tubuh
- Others (Please indicate location) / Lain-lain (Sila kemukakan lokasi)

9. Did you consult a doctor for this chest pain?

If 'Yes', please state name and address of the doctor and the date of last consultation.

Adakah anda menerima rawatan bagi sakit dada ini?

Jika 'Ya', sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut dan tarikh terakhir rawatan itu.

Yes
Ya

No
Tidak

10. Did the doctor conduct any test to investigate the chest pain?

If 'Yes', please indicate if any of these were done.

Adakah sebarang siasatan dijalankan terhadap kesakitan dada anda?

Jika 'Ya', sila nyatakan.

Yes
Ya

No
Tidak

- ECG / EKG Stress
- ECG / EKG senaman
- Blood test / Ujian Darah
- X-Ray / Sinar-X
- Echocardiogram / Ekokardiogram
- Others (Please provide) / Lain-lain (Sila kemukakan butir-butir)



11. Was any form of medication prescribed for this chest pain?

If 'Yes', please provide name(s) of medication, dosage and how often taken

Adakah sebarang ubatan diberi untuk sakit dada ini?

Jika 'Ya', sila nyatakan nama ubat-ubatan, dosej dan kekerapan pengambilannya.

Yes
Ya

No
Tidak

12. Were you admitted to a hospital for treatment or observation for this chest pain?

If 'Yes', please provide the following details:

Adakah anda dimasukkan ke hospital untuk menerima rawatan atau pemeriksaan

untuk sakit dada ini? Jika 'Ya', sila berikan butir-butir berikut:

Yes
Ya

No
Tidak

Date of admission / Tarikh dimasukkan ke hospital: _____

Date of discharge / Tarikh keluar dari hospital: _____

Hospital registration no. / No. Pendaftaran hospital: _____

Name of doctor in attendance / Nama doktor yang merawat: _____

13. Please indicate below if you have received treatment for any other illness / impairment within the last 5 years. If 'Yes', please provide the following details.

Sila kemukakan di bawah sama anda menerima rawatan untuk sebarang penyakit /

ketidakupayaan lain dalam 5 tahun yang terakhir. Jika 'Ya', sila berikan butir-butir berikut.

Yes
Ya

No
Tidak

Name of hospital / Nama hospital: _____

Address / Alamat: _____

Date of admission / Tarikh dimasukkan ke hospital: _____

Date of discharge / Tarikh keluar dari hospital: _____

Hospital registration no. / No. Pendaftaran hospital: _____

Name of doctor in attendance / Nama doktor yang merawat: _____

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.