



**DRUG QUESTIONNAIRE (To be completed by Proposed Life Assured)**  
**SOAL SELIDIK DADAH (Untuk dilengkapkan oleh Hayat Yang Dicadangkan)**

Proposed Life Assured :

Hayat Dicadangkan : \_\_\_\_\_

Proposal/Polisi No. :

No. Cadangan/Polisi :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**1. Have you ever used any of the following other than for treatment of a medical condition under proper medical supervision?**  
*Pernahkah anda menggunakan mana-mana yang disenaraikan di bawah selain daripada untuk rawatan perubatan bawah pemerhatian perubatan yang sempurna?*

No / Tidak

Yes / Ya

Opiates / Opiat (e.g. heroin, methadone, morphine, etc.....?)

Barbiturates / Ubat pelali (e.g. amytal, tuinal, etc.....?)

Sedatives / Sedatif (e.g. heminervin, etc.....?)

Amphetamines / Amfetamina (e.g. benzedrine, bexedrine, etc.....?)

Cocaine / Kokain?

Hallucinogens / Ubat Khayal? (e.g. LSD, etc.....?)

Cannabis / Kanabis (e.g. marijuana, hashish, etc.....?)

Solvents / Solvan (e.g. glue, etc.....?)

Others / Lain-lain? :

If 'yes' to any of the above, please provide full details including name of drug and dates when the usage commenced and ceased.

*Jika 'ya' ke atas mana-mana butiran di atas, sila berikan butiran lanjutan mengenai jenis dadah dan tarikh penggunaan bermula dan berakhir.*

---



---

**2. Have you ever sought medical treatment because of drugs usage or for detoxification? If 'yes', please state date and names of doctors and institutions consulted.**

*Pernahkah anda mendapat rawatan perubatan disebabkan oleh penggunaan dadah atau untuk tujuan detoksifikasi? Jika 'ya', sila nyatakan tarikh dan nama doktor serta institusi yang dirunding.*

No / Tidak

Yes / Ya ; Please provide details / Sila berikan butirannya: \_\_\_\_\_

**3. (a) Have you suffered from impairments associated with drug and usage (e.g. Hepatitis B, mental illness, HIV, Infection (AIDS), etc.)?**

*Pernahkah anda mengalami kecacatan yang berkaitan dengan dadah dan penggunaannya (cth. Hepatitis B, penyakit mental, HIV, jangkitan (AIDS) dan sebagainya.)?*

No / Tidak

Yes / Ya ; Please provide details / Sila berikan butirannya: \_\_\_\_\_



**(b) Have you been tested for HIV, Hepatitis B, Hepatitis C?**  
*Adakah anda pernah menjalani ujian untuk HIV, Hepatitis B, Hepatitis C?*

**No / Tidak**                      **Yes / Ya ; Please provide details / Sila berikan butirannya:** \_\_\_\_\_

| Type of test / Jenis ujian | Results / Keputusan | Date / Tarikh |
|----------------------------|---------------------|---------------|
| _____                      | _____               | _____         |
| _____                      | _____               | _____         |
| _____                      | _____               | _____         |

**4. Are you now drug free?**  
*Adakah anda sekarang telah bebas dari pengambilan dadah?*

**No / Tidak**                      **Yes / Ya ; Since when? / Sejak bila? :** \_\_\_\_\_

**5. Please state any further relevant particulars which may have had bearing on any past or present use of drugs.**  
*Sila nyatakan sebarang maklumat lanjutan yang berkaitan dengan penggunaan dadah sebelum ini atau pada masa sekarang.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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.*