



**GASTRITIS/PEPTIC ULCER QUESTIONNAIRE** (To be completed by Proposed Life)  
*SOAL SELIDIK SAKIT GASTRIK/ULSER PEPTIK (Untuk dilengkapi oleh Hayat Yang Dicadangkan)*

Proposed Life Assured : \_\_\_\_\_  
Hayat Dicadangkan : \_\_\_\_\_

Proposal/Policy No. : 

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

  
No. Cadangan/Polisi : \_\_\_\_\_

1. **When did you first have gastritis / peptic ulcer?**  
*Bilakah kali pertama anda mengalami gastritis / ulser peptik?*  
  
\_\_\_\_\_
  
2. **How many attacks (pain) have you had in the past 2 years? When was the last attack?**  
*Jumlah serangan gastrik dalam 2 tahun yang lepas? Bilakah serangan yang terakhir?*  
  
\_\_\_\_\_
  
3. **Have you ever taken time off work in the past 2 years due to gastric pain? If YES, please state when and duration (Please specify each year separately). / Pernahkah anda mengambil cuti sakit dalam masa 2 tahun yang lepas disebabkan oleh sakit gastrik? Jika ADA, sila nyatakan bila dan jangkamasa. (Sila nyatakan secara berasingan untuk setiap tahun).**  
  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_
  
4. **Are you currently receiving any kind of treatment or medication for gastritis / peptic ulcer? If YES, please give details. Adakah anda kini menerima sebarang rawatan atau mangambil sebarang ubat untuk gastritis / ulser peptik? Jika ADA, sila lampirkan butir-butiran.**  
  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_
  
5. **Have you ever had vomited blood or Malaena (passage of black digested blood in the stools)? If YES, please state when. Pernahkah anda muntah darah atau Malaena (pengeluaran darah beku kehitaman dalam najis)? Jika ADA, sila nyatakan bila.**  
  
\_\_\_\_\_
  
6. **Please provide name and address of your attending doctor you consult on gastrointestinal related and last date of consultation. Sila nyatakan nama dan alamat doktor yang dilawati berkenaan dengan masalah gastrointestinal, dan tarikh terakhir lawatan.**  
  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_





7. Have you undergone or advised to undergo investigation including Barium Meal X-ray, Endoscopy, Gastroscopy, blood test and etc. If yes, please state nature of tests, dates done and its results. / Pernahkah anda menjalani atau dinasihatkan untuk menjalani penyiasatan seperti X-ray Hidangan Barium, Endoskopi, Gastroskopi, ujian darah and lain-lain. Jika ya, sila nyatakan jenis pemeriksaan, tarikh pemeriksaan and keputusannya.

---



---

8. Have you ever been hospitalised and/or undergo any operation or been advised to do so? If yes, please provide details ie. Length of stay, date of admission, type of operation done or advised. / Pernahkah anda dimasukkan ke hospital dan/atau menjalani atau dinasihat untuk menjalani pembedahan? Jika ya, sila nyatakan butir-butiran l,e, berapa lama jangkamasa hospital, tarikh masuk hospital, jenis pembedahan dijalani or dinasihatkan?

---



---

**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 digunapakai untuk manaja 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 pembedahan 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.