



HOSPITALISATION QUESTIONNAIRE (To be completed by Proposed Life)
SOAL SELIDIK RAWATAN HOSPITAL (Untuk dilengkapkan oleh Hayat Yang Dicapangkan)

Proposed Life Assured : _____
Hayat Dicapangkan : _____

Proposal/Policy No. :

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

No. Cadangan/Polisi : _____

1. a. Nama of hospital / Nama hospital _____

b. Name of treating doctor / Nama doktor yang merawat _____

2. a. Reason being hospitalized? / Sebab dimasukkan ke hospital? _____

b. Date of hospitalization / Tarikh dimasukkan ke hospital

From/Dari :

To/Ke :

3. What symptoms had you been having that resulted in you being hospitalized?

Apakah tanda-tanda yang menyebabkan anda dimasukkan ke hospital?

Symptoms/tanda-tanda: _____

4. For how long had you been having these symptoms?

Berapa lamakah anda telah mengalami tanda-tanda tersebut?

5. Were any tests done during your hospitalization? / Adakah sebarang ujian dijalankan semasa anda dimasukkan ke hospital?

No / Tidak

Yes / Ya. Please provide details and attach a copy of the results. / Sila beri butiran dan sertakan salinan keputusan.

Test / Ujian	Date / Tarikh	Result / Keputusan

6. Were any operation done whilst you were hospitalized? / Adakah anda menjalani sebarang pembedahan semasa di hospital?

No / Tidak

Yes / Ya. Please describe this as best you can. / Sila terangkan mengenainya sebaik mungkin.

Please attach copy of the Histopathology Report, Hospital Bill or lab reports/
Sila sertakan Salinan laporan, bil hospital atau laporan perubatan.

7. If operation was done due to growth, were you told of any evidence of malignancy (ie. cancer changes).

Jika pembedahan dilakukan disebabkan ketumbuhan, adakah anda diberitahu sebarang tanda penyakit barah.

No / Tidak

Yes / Ya

8. After your discharge from hospital, did you have any of the following treatment? / Selepas anda keluar dari hospital, adakah anda menjalani sebarang rawatan yang berikut?

No / Tidak

Yes / Ya

Treatment / Rawatan	Duration / Jangkamasa
Radiotherapy (X-Ray Treatment) / Radioterapi (Rawatan X-Ray)	
Chemotherapy / Kemoterapi	
Pills / Pil Name / Nama: _____	
Other Treatment / Rawatan Lain What type / Jenis rawatan : _____	



9. Since your discharge, have you had any further complaints? / *Selepas anda keluar dari hospital, adakah anda mengalami sebarang masalah selanjutnya?*

No / Tidak

Yes / Ya. Describe the symptoms and indicate their duration, who treated you, etc.

Jelaskan tanda-tanda kesakitan dan tempohnya, siapakah yang merawat anda dan sebagainya.

10. Since your discharge, have you had to go back to the hospital for follow up?

Selepas anda keluar dari hospital, adakah anda perlu kembali ke hospital untuk rawatan lanjut?

No / Tidak

Yes / Ya. Date of last follow up / Tarik terakhir rawatan lanjut :

11. Have you fully recovered? / Adakah anda pulih sepenuhnya?

Yes / Ya

No / Tidak. Please provide details. / Sila berikan butiran.

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) mengenai 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 pembedulan 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. / Borang ini adalah borang dwibahasa dan sekiranya timbul sebarang pertikaian terhadap tafsiran, versi Bahasa Inggeris akan digunakan.