



INJURY / ACCIDENT QUESTIONNAIRE (To be completed by Proposed Life)
SOAL SELIDIK KECEDERAAN / KEMALANGAN (Untuk dilengkapi oleh Hayat Yang Dicadangkan)

Proposed Life Assured :

Proposal/Policy No. :

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

Hayat Dicadangkan : _____

No. Cadangan/Polisi : _____

1. **What was the cause of the injury /accident? Eg. : injured by accident, shot, stab.**
Apakah sebab kecederaan / kemalangan tersebut? Contoh : Cedera akibat kemalangan, ditembak, ditikam.

2. **When and where did the injury / accident occur?**
Bila dan di mana kecederaan / kemalangan itu berlaku?

3. **How did the doctor define the injury? E.g. concussions of the brain, fracture of the skull or other bones, rupture of internal organs, headshot, stab of lung etc.**
Bagaimana doktor mentafsirkan kecederaan anda? Contoh: gegaran otak, keretakan tengkorak atau tulang lain, pecahan organ dalaman, tembakan di kepala, tikaman di paru-paru dsb.

4. **Have you ever been admitted to a hospital? If “Yes”, please state the date and duration.**
Pernahkah anda dimasukkan ke hospital? Jika “Ya”, sila nyatakan tarikh dan jangka masa.

5. **Was any surgical correction performed? If “Yes”, which part of your body was operated on?**
Adakah terdapat sebarang pembedahan pembedahan dilakukan? Jika “Ya”, bahagian badan anda yang manakah telah dibedah?

6. **Was there any implant of K-nails, screws, plates, wire, etc.? If “Yes”, state where was the implant located and has the implant removed completely?**
Adakah apa-apa implan paku-K, skru-skru, plat, wayar, dsb, dimasukkan? Jika “Ya”, nyatakan lokasi implan dan adakah implan telah dikeluarkan sepenuhnya?

7. **Were there any tests done? E.g. chest x-ray, ECG, scan, etc. If “Yes”, please state details and results.**
Adakah sebarang ujian dilakukan? Contoh: X-ray dada, EKG, imbasan dan lain-lain. Jika “Ya”, sila beri butiran dan keputusannya.

8. **Please state the name(s) and address(es) of your attending physician(s)**
Sila nyatakan nama dan alamat doktor-doktor yang merawat anda.

Name / Nama	Address / Alamat
9. **Date of last follow-up for injuries sustained?**
Bilakah tarikh terakhir bagi rawatan susulan untuk kecederaan yang dialami?

10. **Will another surgery be required to the injured area in future? If “Yes”, please state the expected date of the surgery.**
Adakah pembedahan lain perlu dilakukan untuk merawat kecederaan di masa depan? Jika “Ya”, sila nyatakan tarikh jangkaan pembedahan.



11. Have you had any headaches, dizziness, or fainting spells, since then? If "Yes", please indicate which, how often and when you last had this?

Adakah anda mengalami sakit kepala, pening atau pitam, pengsan, sejak dari itu? Jika "Ya", sila catatkan yang mana satu, berapa kerap dan bilakah kali terakhir anda mengalaminya?

12. Has the accident left you with any disability or deformities?

Adakah kemalangan itu menyebabkan anda mengalami sebarang kecacatan atau hilang daya keupayaan?

13. Have you fully recovered from your injuries?

Adakah anda sudah sembuh sepenuhnya daripada kecederaan?

Yes, please state the date of fully recovered.

Ya, sila nyatakan tarikh anda pulih sepenuhnya. _____

No, please provide details regarding the residual disabilities that you suffer from? E.g. memory loss, headache, fainting spell, epileptic fit or limping since accident, etc.

Tidak, sila beri butiran berkenaan ketidakupayaan yang anda alami? Contoh: hilang ingatan, sakit kepala, pitam, sawan atau tempang sejak berlaku kemalangan dsb.

14. Are you currently receiving or have you ever received any kind of disability compensation? If "Yes", please indicate cause of the disability and date(s).

Adakah anda kini menerima atau pernah menerima pampasan ketidakupayaan? Jika "Ya", sila berikan sebab ketidakupayaan dan tarikh-tarikhnya.

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 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.