



**LIFE STYLE QUESTIONNAIRE**  
**SOAL SELIDIK CARA HIDUP**

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

Proposal/Policy No. : 

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

  
No. Cadangan/Polisi :

We would ask you to read carefully the declaration at the bottom of this form. Failure to disclose facts pertinent to these questions could affect payments of benefits. If you have any doubts whether to disclose any information, you are strongly advised to do so. / Anda diminta membaca betul-betul pengakuan di bawah borang ini. Kegagalan mendedahkan fakta yang berkaitan dengan soalan ini boleh menjejaskan pembayaran manfaat. Jika anda mempunyai sebarang keraguan untuk mendedahkan apa-apa maklumat, anda dinasihatkan supaya berbuat demikian.

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <p><b>1. Do you belong, or have you ever belonged, to any of the following AIDS high-risk group?</b><br/><i>Adakah anda atau pernahkah anda termasuk dalam mana-mana kumpulan yang berisiko tinggi AIDS berikut?</i></p> <p>(a) Homosexual / Homoseks</p> <p>(b) Bisexual / Dwiseks</p> <p>(c) Intravenous (IV) drug users / Pengambilan dadah intravena</p> <p>(d) Haemophiliacs / Hemofilia</p> <p>(e) Multiple sex partner / Pasangan seks berganda</p>  | <p>Yes / Ya    No / Tidak</p> |
| <p><b>2. Do you have or ever had any sexual partners of any of the above preceding groups. If "Yes" please indicate which</b><br/><i>Adakah anda atau pernahkah anda mempunyai pasangan seks daripada mana-mana kumpulan di atas. Jika "Ya", sila tandakan mana satu.</i></p>   |                               |
| <p><b>3. Have you ever been treated, received medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS or an AIDS related condition? (Disclose of a negative blood test result does not mean you will be refused cover). Please give details of circumstances in which the test or advice was sought. Routine testing for blood donation purposes may be ignored.</b><br/><i>Pernahkah anda menjalani ujian, menerima nasihat, kaunseling atau rawatan perubatan berkaitan dengan AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan AIDS? (Pendedahan keputusan ujian darah yang negatif tidak bermakna anda tidak akan mendapat perlindungan). Sila berikan butir tentang keadaan yang menyebabkan ujian atau nasihat diminta. Ujian biasa untuk tujuan derma darah mungkin tidak diambil kira.</i></p> |                               |
| <p><b>4. Have you ever been tested, received medical advice or treatment in connection with any sexually transmitted (venereal) disease including Gonorrhoea, Syphilis and Hepatitis B? If yes, provide details.</b><br/><i>Pernahkah anda menjalani ujian, menerima nasihat atau rawatan perubatan yang berkaitan dengan sebarang penyakit yang berjangkit melalui hubungan seks (penyakit kelamin) termasuk Gonorrhoea, Sifilis dan Hepatitis B? Jika ya, sila beri butiran lengkap.</i></p>  |                               |



**DECLARATION / PENGAKUAN**

I 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 consent to the company seeking information from any doctor who has attended me, including any named in my answers to the questions above. I agree that this form will constitute part of my proposal for life assurance and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.

*Saya mengaku bahawa jawapan yang diberikan adalah, sepanjang pengetahuan saya, benar dan bahawa saya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat matan yang mungkin mempengaruhi penilaian atau penerimaan cadangan ini. Saya mengizinkan Syarikat mendapatkan maklumat matan daripada mana-mana doctor yang merawat saya, termasuk mana-mana yang namanya tercatat dalam jawapan saya kepada soalan di atas. Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian daripada cadangan insurans hayat dan bahawa kegagalan mendedahkan apa-apa fakta matan yang saya ketahui boleh membatalkan kontrak ini.*

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 : \_\_\_\_\_