



MEDICAL CHECK UP QUESTIONNAIRE (To be completed by Proposed Life)
SOAL SELIDIK PEMERIKSAAN KESIHATAN (Untuk dilengkapkan oleh Hayat Yang Dicadangkan)

Date of Medical Check-Up :
Tarikh Pemeriksaan Kesihatan :

Name of clinic/hospital:
Nama klinik/hospital: _____

Proposed Life Assured :
Hayat Dicadangkan : _____

Proposal/Policy No. :

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

No. Cadangan/Polisi :

1. Kindly state the reason for medical check-up:-
Nyatakan sebab untuk pemeriksaan kesihatan:-

Annual check-up / Pemeriksaan tahunan

Working permit requirement / Tuntutan permit pekerjaan

Company requirement / Tuntutan syarikat

Others / Lain-lain; please state / sila nyatakan

2. What is the type of tests done by the doctor?
Apakah jenis ujian yang dijalankan oleh doktor?

*Note: Please tick which ever appropriate. / Perhatian: Sila pilih yang berkenaan.

Test / Ujian	Normal Result / Keputusan Biasa	Abnormal Result / Keputusan Luar Biasa	If abnormal, please provide details including the diagnosis, date, duration, name and address of all attending doctors. Jika keputusan luar biasa, sila beri butiran termasuk diagnosis, tarikh, tempoh, serta nama dan alamat semua doctor yang merawat.
For both MALE and FEMALE Untuk LELAKI dan WANITA			
Blood test / Ujian Darah			
Urine test / Ujian air kencing			
Chest X-ray / X-ray Dada			
Resting ECG / Ujian Rehat ECG			
Exercise ECG / Ujian Senaman ECG			
Ultrasound / Ultrasound			
CT Scan / Pengimbas CT			
MRI Scan / Pengimbas MRI			
Gastroscopy (OGDS) / Gastroskopi (OGDS)			
Colonoscopy / Kolonoskopi			
Echocardiogram / Ekokardiogram			
Others, please specify / Lain-lain, sila nyatakan			





Test / Ujian	Normal Result / Keputusan Biasa	Abnormal Result / Keputusan Luar Biasa	If abnormal, please provide details including the diagnosis, date, duration, name and address of all attending doctors. Jika keputusan luar biasa, sila beri butiran termasuk diagnosis, tarikh, tempoh, serta nama dan alamat semua doctor yang merawat.
For FEMALE only Untuk WANITA sahaja			
Pap Smear / Pap Smear			
Mammography / Mamografi			

3. Do you have a copy of your medical check-up report?
Adakah anda mempunyai salinan pemeriksaan kesihatan anda?

Yes; please provide hard/soft copy of report
Ya; sila lampirkan salinan cetak/digital laporan

No; please state reasons why
Tidak; sila nyatakan sebab

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 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. / Passport No. : _____ Date : _____
No. K.P. / No. Pasport : _____ 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.