



THYROID GLAND DISEASES QUESTIONNAIRE (To be completed by Proposed Life)
SOAL SELIDIK PENYAKIT KELENJAR TIROID (Untuk dilengkapkan oleh Hayat Yang Dicapadangkan)

Proposed Life Assured : _____
Hayat Dicapadangkan : _____

Proposal/Policy No. : _____
No. Cadangan/Polisi : _____

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

Please answer each question and where appropriate provide particulars.
Sila jawab setiap soalan dan lengkapkan butiran di mana perlu.

1. Have you ever suffered from or are you now suffering from any Thyroid Gland disorder / disease? If so, when did you first experience symptoms?
Pernahkah atau sedangkah anda menghidap sebarang jenis penyakit Kelenjar Tiroid? Jika ada, bilakah kali pertama anda mengalami gejalanya?

2. How frequently and with what symptoms does this condition trouble you?
Berapa kerapkah dan bagaimanakah gejala ini menyulitkan keadaan anda?

3. Have you consulted a doctor about the condition and if so, are you aware of the diagnosis (e.g. Simple Goitre, Hyper / Hypothyroidism, Myxedema)?
Pernahkah anda berunding dengan doktor mengenai masalah ini dan jika ada, adakah anda mengetahui akan diagnosisnya (cth: Goitre dengan Ringkas, Hiper / Hipotiroidisma, Miksodema)?

4. Has any investigation been done e.g. thyroid function test, scan, etc.?
Adakah sebarang pemeriksaan dijalankan seperti ujian tiroid, pengimbasan dsb?

No / Tidak Yes / Ya; If 'Yes'; please state details / Jika 'Ya', sila beri butiran

Type of investigation / Jenis pemeriksaan	Results / Keputusan	Date / Tarikh
---	---------------------	---------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Please provide a copy of the results if available / Sila lampirkan salinan keputusan jika ada

5. Nature of treatment prescribed (eg. antithyroid drug, radio iodine etc.)?
Jenis rawatan yang diberikan (misalnya: ubat Jenis rawatan yang diberikan (misalnya: ubat anti tiroid, radio iodin, dsb)?)

Name of treatment / Jenis rawatan	Duration / Jangkamasa	Date / Tarikh
-----------------------------------	-----------------------	---------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. Is treatment still continuing? / Adakah rawatan masih dijalankan?

Yes No
Ya Tidak; date of cessation / tarikh dihentikan:





7. Was any biopsy and / or surgical operation ever carried out? If the answer is "Yes", please provide us with a photocopy of the histopathology report.

Adakah sebarang biopsi dan / atau pembedahan surgikal dilakukan? Jika "Ya", sila lampirkan salinan laporan histologinya.

Yes
Ya

No
Tidak

8. Were you informed of any clinical evidence of malignancy (cancerous)?

Adakah anda diberitahu adanya tanda-tanda klinikal ketumbuhan yang malignan (barah)?

Yes
Ya

No
Tidak

9. Are you still experiencing signs and symptoms of the condition?

Adakah anda masih mengalami tanda-tanda dan simptom-simptom yang disebabkan oleh masalah ini?

Yes
Ya

No
Tidak

If Yes; describe the signs & symptoms:

Jika Ya, sila beri keterangan tanda-tanda dan simptom-simptom:-

10. a) Name and address of the doctor whom you usually consult for the thyroid problem.

Nama dan alamat doktor anda menerima rawatan mengenai gejala tiroid.

b) Date of last consultation / Tarikh terakhir pertemuan tersebut:

DECLARATION / PENGAKUAN

I, the undersigned, hereby 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 agree that this form will constitute part of my proposal for life assurance and that failure to disclose any material facts known to me may invalidate the contract.

Saya, yang bertandatangan di bawah, dengan ini mengaku bahawa jawapan yang telah saya berikan adalah, sepanjang pengetahuan saya, benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin akan mempengaruhi penilaian atau penerimaan cadangan insurans ini. Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian dari borang cadangan untuk insurans hayat dan kegagalan untuk mendedahkan sebarang maklumat penting yang saya ketahui berkemungkinan membatalkan kontrak insurans tersebut.

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 :

Nama : _____

Signature :

Tandatangan : _____

NRIC No. :

No. K.P. : _____

Date :

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