

## Health Certificate / Sijil Kesihatan

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reinstatement / Pengembalian | <input type="checkbox"/> Addition of Rider / Tambahan Rider | <input type="checkbox"/> Upgrade/Addition of Hospitalization Rider / Peningkatan/Tambahan Rider Kemasukan Hospital | <input type="checkbox"/> Change Plan/Increase Sum Assured / Perubahan Pelan/Peningkatan Jumlah Diinsurans |
|---|---|--|---|

Policy No. / No. Polisi: \_\_\_\_\_ Agent Code & Name / Kod & Nama Ejen: \_\_\_\_\_

Name / Nama: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Policy Owner / Pemegang Polisi Life Assured / Orang Diinsuranskan Joint Life Assured / Orang Diinsuranskan Bersama

**Country of Residence for Tax Purpose / Negara Mastautin untuk Tujuan Pencucapaian (This Section is MANDATORY to Fill Up / Seksyen Ini Adalah WAJIB Diisikan)**

|  |  |
|--|--|
| Country of Residence for Tax Purpose* / Negara Mastautin untuk Tujuan Pencucapaian*<br><br>(more than 1 selection is allowed / pilihan lebih daripada 1 adalah dibenarkan) | <input type="checkbox"/> Not Applicable / Tidak berkenaan <input type="checkbox"/> Malaysia (if country of residence is Malaysia) / Malaysia (jika negara mastautin adalah Malaysia)<br><br><input type="checkbox"/> Malaysia (if country of residence is NOT Malaysia) / Malaysia (jika negara mastautin BUKAN Malaysia)<br>Reason*1 / Sebab*1 <input type="checkbox"/> Work/Business / Kerja/Perniagaan <input type="checkbox"/> Trainee/Intern/Student / Pelatih/Pelajar<br><br><input type="checkbox"/> Other reason, please specify. / Sebab lain, sila nyatakan. _____<br><br><input type="checkbox"/> Other Country (Please specify) / Negara Lain (Sila nyatakan)<br><b>Country 1 / Negara 1</b><br>Country* / Negara*    _____<br>TIN*2 / Nombor Cukai*2    _____<br>Reason*1 / Sebab*1 <input type="checkbox"/> Work/Business / Kerja/Perniagaan <input type="checkbox"/> Trainee/Intern/Student / Pelatih/Pelajar<br><input type="checkbox"/> Other reason, please specify. / Sebab lain, sila nyatakan. _____<br><br><b>Country 2 (If applicable) / Negara 2 (Jika berkenaan)</b><br>Country* / Negara*    _____<br>TIN*2 / Nombor Cukai*2    _____<br>Reason*1 / Sebab*1 <input type="checkbox"/> Work/Business / Kerja/perniagaan <input type="checkbox"/> Trainee/Intern/Student / Pelatih/Pelajar<br><input type="checkbox"/> Other reason, please specify. / Sebab lain, sila nyatakan. _____ |
|--|--|

\*Mandatory / \*Mandatori  
 \*1 It is mandatory to provide relevant supporting document eg. working visa, student visa, confirmation letter from employer/ education institution, business registration, certificate of residence etc. / Adalah wajib untuk menyertakan dokumen sokongan yang relevan, contoh: visa bekerja, visa pelajar, surat pengesahan dari majikan, pendaftaran perniagaan, sijil taraf mastautin dan lain-lain.  
 \*2 Tax Identification Number (TIN) / Nombor Cukai

**Country of Residence for Tax Purpose (For Entity Customer Only) / Negara Mastautin untuk Tujuan Pencucapaian (Untuk Pelanggan Entiti Sahaja) (This Section is MANDATORY to Fill Up / Seksyen Ini Adalah WAJIB Diisikan)**

|  |   |
|--|---|
| Country of Residence for Tax Purpose* / Negara Mastautin untuk Tujuan Pencucapaian*<br><br>(more than 1 selection is allowed / pilihan lebih daripada 1 adalah dibenarkan) | <input type="checkbox"/> Not Applicable / Tidak berkenaan <input type="checkbox"/> Malaysia /Malaysia <input type="checkbox"/> Other Country (Please specify below)*1 / Negara Lain (Sila nyatakan di bawah)*1<br><br><b>Tax information / Informasi Cukai</b><br><b>Country 1 / Negara 1</b><br>Country* / Negara*    _____<br>TIN*2 / Nombor Cukai*2    _____<br>Reason*3 / Sebab*3 <input type="checkbox"/> Business / Perniagaan <input type="checkbox"/> Other, please specify / Lain, sila nyatakan _____<br><br><b>Country 2 (if applicable) / Negara 2 (Jika berkenaan)</b><br>Country* / Negara*    _____<br>TIN*2 / Nombor Cukai*2    _____<br>Reason*3 / Sebab*3 <input type="checkbox"/> Business / Perniagaan <input type="checkbox"/> Other, please specify / Lain, sila nyatakan _____ |
|--|---|

\*Mandatory / \*Mandatori  
 \*1 If not Malaysia, it is mandatory to provide tax information in Country of Residence for Tax Purpose column / Jika bukan Malaysia, adalah wajib untuk menyertakan maklumat pencucapaian di dalam bahagian "Negara untuk tujuan pencucapaian".  
 \*2 Tax Identification Number (TIN) / Nombor cukai  
 \*3 It is mandatory to provide relevant supporting document. / Adalah wajib untuk menyertakan dokumen sokongan.





**For Malaysian & Malaysia Permanent Resident Only / Untuk Warganegara & Penduduk Tetap Malaysia Sahaja (No. 9 & 10)**

9. NRIC No. (New) / No. KP (Baru)  -  -

10. NRIC No.(old)/ BC No. / No. KP (Lama)/No. SK

**For Foreigner Only / Untuk Warganegara Asing Sahaja (No. 11 & 12)**

11. Passport No. / No. Pasport

12. Expiry Date / Tarikh Luput  /  /   
(dd / hh) (mm / bb) (yyyy / tttt)

**For Entity Customer Only / Untuk Pelanggan Entiti Sahaja (No. 13 – 16)  
(Please also complete the Entity Questionnaire Form / Sila lengkapkan Borang Soal Selidik Entiti)**

13. Type of Entity / Jenis Entiti  Private/Public Limited Company / Persendirian/Syarikat Awam Terhad  
 Partnership / Perkongsian  
 Sole Proprietorship/Club/Society/Charity / Pemilikan Tunggal/Kelab/Kumpulan/Amal

14. Number of Certificate of Incorporation/Partnership Certificate/Business Registration / Nombor Sijil Perbadanan/Sijil Perkongsian/Pendaftaran Perniagaan

15. Country of Incorporation / Negara Diperbadankan

16. Country of Operations / Negara Beroperasi

If Country of Incorporation is not Malaysia, please complete the Country of Residence for Tax Purpose section under Entity Customer. / Jika Negara Diperbadankan bukan Malaysia, sila lengkapkan seksyen Negara Mastautin untuk Tujuan Pencukaaian bagi Pelanggan Entiti.

17. Citizenship/ Nationality / Kewarganegaraan/ Warganegara  Malaysian / Malaysia  
 Others, please specify / Lain-lain, sila nyatakan \_\_\_\_\_

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 18. Occupation / Pekerjaan          | 19. Occupation Class / Kelas Pekerjaan    |
| 20. Exact Duties / Tugas Sebenar    | 21. Annual Income / Pendapatan Tahunan    |
| 22. Name of Employer / Nama Majikan | 23. Nature of Business / Jenis Perniagaan |

**Declaration To Comply With Relevant Requirements / Pengisytiharan Bagi Pematuhan Keperluan Berkaitan**

I agree to disclose and allow the transfer of my personal and contact information including nationality, tax status or tax residencies ("Relevant Information") kept with the Company to any local and foreign regulatory or self-regulatory persons in any jurisdiction, or foreign government authorities ("Relevant Authorities") that the Company is obliged to comply with or choose to comply in its absolute discretion or to meet the requirements of the laws, regulations, guidelines or terms of an agreement with such Relevant Authorities that is in force or may be declared to be in force and as amended from time to time ("Relevant Requirements"). / Saya bersetuju bagi mendedahkan dan membenarkan pemindahan maklumat peribadi dan butir-butir perhubungan termasuk kewarganegaraan, status cukai atau cukai bagi pemastautin ("Maklumat Berkaitan") yang disimpan oleh pihak Syarikat kepada mana-mana badan kawal selia tempatan dan asing atau individu dalam mana-mana bidang kuasa, atau pihak berkuasa kerajaan asing ("Pihak Berkuasa yang Berkenaan") di mana pihak Syarikat perlu mematuhi atau memilih bagi mematuhi di dalam budi bicara sepenuhnya atau bagi memenuhi keperluan undang-undang, peraturan, garis panduan atau terma-terma perjanjian dengan Pihak Berkuasa yang Berkenaan yang masih berkuatkuasa atau boleh diisytiharkan berkuatkuasa dan sepertimana dipinda dari semasa ke semasa ("Keperluan Berkaitan").

I also agree to cooperate with the Company to provide any information or documents as may be requested by the Company from time to time that is required for disclosure by the Company to any Relevant Authorities, in a timely manner and within a reasonable period of time. I undertake that I must promptly update the Company of any changes to the Relevant Information stated under this application. / Saya juga bersetuju untuk bekerjasama dengan pihak Syarikat bagi menyediakan sebarang maklumat atau dokumen-dokumen sepertimana diminta oleh pihak Syarikat dari semasa ke semasa yang diperlukan untuk pendedahan oleh pihak Syarikat kepada Pihak Berkuasa yang Berkenaan dalam waktu yang bersesuaian dan tempoh yang munasabah. Saya berjanji bahawa saya akan dengan segera mengemaskinikan sebarang perubahan terhadap Maklumat Berkaitan yang tertera di dalam permohonan ini dengan pihak Syarikat. I further agree and accept that in case I fail to disclose or update any change to the Relevant Information or submit any requested documents, the Company may, to the extent permitted under applicable law, take any step to ensure the Company's compliance with the Relevant Requirements including withholding payment of any amount due to me or my personal representatives under my policy in compliance with the Relevant Requirements and/or pay such amount withheld to the Relevant Authorities. / Saya seterusnya bersetuju dan menerima bahawa sekiranya saya gagal untuk mendedahkan atau mengemaskinikan sebarang perubahan terhadap Maklumat Berkaitan atau menyerahkan sebarang dokumen yang diperlukan, pihak Syarikat boleh, setakat mana yang dibenarkan undang-undang, mengambil sebarang langkah bagi memastikan pihak Syarikat mematuhi Keperluan Berkaitan termasuklah menyekat bayaran sebarang jumlah yang tertunggak kepada saya atau wakil-wakil peribadi di bawah polisi saya bagi mematuhi Keperluan Berkaitan dan/atau membayar jumlah tersebut kepada Pihak Berkuasa yang Berkenaan.

The Company is also entitled to claim, to the extent permitted by law, compensation for any loss, liability or damage which the Company may suffer as a result of my default as declared above. / Pihak Syarikat juga berhak untuk membuat tuntutan setakat mana yang dibenarkan undang-undang, pampasan ganti rugi terhadap sebarang kerugian, liabiliti atau kehilangan yang dialami pihak Syarikat akibat kelalaian yang disytiharkan seperti di atas.

Signature of Declarant/Authorised Signatory / Tandatangan Pembuat Perakuan/Diberikuasa

Full Name / Nama Penuh :

NRIC No. / No. Kad Pengenalan :

**Allianz Customer Service Center**

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.  
Allianz Contact Center: 1 300 22 5542 E-mail: customer.service@allianz.com.my AllianzMalaysia allianz.com.my

**IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING**

**Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Pengguna:**

Pursuant to Paragraph 5 Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance wholly for purposes unrelated to your trade, business or profession, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this form and in addition disclose any other matter that you know to be relevant to Allianz Life Insurance Malaysia Berhad's (ALIM) decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. / Menurut Perenggan 5 Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda memohon Insurans ini sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam borang dan juga mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan Allianz Life Insurance Malaysia Berhad (ALIM) menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai.



**Non-Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Bukan Pengguna:**

Pursuant to Paragraph 4(1) Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance for purposes related to your trade, business or profession, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to ALIM's decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant. / Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda memohon Insurans bagi tujuan berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, anda mempunyai kewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan ALIM dalam menerima risiko dan dalam menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai dan apa-apa perkara yang seorang yang munasabah dalam hal keadaan itu boleh dijangka untuk tahu sebagai berkaitan.

This duty of disclosure for Consumer and Non-Consumer Insurance Contract shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed. / Kewajipan pendedahan ini bagi Kontrak Insurans Pengguna dan Bukan Pengguna akan berterusan sehingga masa kontrak tersebut dimasuki, diubah atau diperbaharui.

| Declaration by / Pengisytiharan oleh   |   | Life Assured / Orang Diinsuranskan |                          | Policy Owner / Pemegang Polisi |                          | Joint Life Assured / Orang Diinsuranskan Bersama |                          |
|--|---|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
|  |   | Yes / Ya                           | No / Tidak               | Yes / Ya                       | No / Tidak               | Yes / Ya   | No / Tidak               |
| 1.   | a) What is your present height? / Berapakah ketinggian anda sekarang?   | _____ cm                           |                          | _____ cm                       |                          | _____ cm   |                          |
|  | b) What is your present weight? / Berapakah berat anda sekarang?  | _____ kg                           |                          | _____ kg                       |                          | _____ kg   |                          |
|  | c) Any gain or loss in weight in the last 12 months? If yes, please state the reason. / Adakah terdapat sebarang penambahan atau kehilangan dalam berat badan pada 12 bulan yang lepas? Jika ya, sila nyatakan sebabnya.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| 2.   | a) Has there been any change for the following information since the application date of this policy? If yes, please provide. / Adakah terdapat apa-apa perubahan untuk maklumat berikut sejak tarikh permohonan polisi ini? Jika ya, sila nyatakan.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
|  | i) Occupation / Pekerjaan _____   |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
|  | ii) Occupation Class / Kelas Pekerjaan _____  |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
|  | iii) Exact Duties / Tugas Sebenar _____   |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
|  | iv) Annual Income / Pendapatan Tahunan _____  |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
|  | v) Name of Employer & Address / Nama Majikan & Alamat _____   |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
|  | vi) Nature of Business / Jenis Perniagaan _____   |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
| b) Have you been absent from work due to illness or accident for more than one (1) week since the application date of this policy? / Pernahkah anda tidak hadir bekerja disebabkan oleh penyakit atau kemalangan untuk lebih daripada satu (1) minggu sejak permohonan polisi ini? | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |                          |
| 3.   | Are you now a member of any auxiliary / paramilitary force and/or do you expect to engage in any hazardous /dangerous sports or hobbies including but not limited to racing, diving, mountain climbing or flying other than as a fare paying passenger on a regularly scheduled airline? If "YES", please provide details. / Adakah anda sekarang seorang ahli mana-mana angkatan tentera/pasukan rela dan/atau dijangka terlibat dalam sukan atau hobi merbahaya termasuk tetapi tidak terhad kepada perlumbaan, penyelaman, pendakian gunung atau penerbangan selain daripada sebagai penumpang yang membayar tambang untuk penerbangan berjadual? Jika "YA", sila berikan butir-butir. | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| 4.   | Have you ever resided for more than one continuous month in any country other than Malaysia for the past 1 year or do you intend to reside outside Malaysia for purposes other than brief holiday trips in the next 3 months? If "YES", please state the name of country and purpose of residence. / Pernahkah anda tinggal secara berterusan melebihi satu bulan di mana-mana negara selain daripada Malaysia dalam masa satu tahun yang lepas atau adakah anda bercadang untuk tinggal di luar Malaysia bagi tujuan-tujuan lain selain daripada melancong dalam tempoh masa 3 bulan yang akan datang? Jika "YA", sila nyatakan nama negara dan tujuan anda tinggal di negara tersebut.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| 5.   | Have any of your applications, renewals or reinstatements of any Life Policy, Health Insurance Policy or Supplementary Contract or Takaful ever been declined, postponed, rated up, or in any way modified? / Pernahkah mana-mana permohonan, pembaharuan atau penguatkuasaan semula bagi sebarang Polisi Hayat, Polisi Insurans Kesihatan atau Kontrak Tambahan atau Takaful anda ditolak, ditangguh, dikenakan kadar atau dengan apa-apa cara diubahsuai?   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |

**Allianz Customer Service Center**

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.  
 Allianz Contact Center: 1 300 22 5542 E-mail: customer.service@allianz.com.my   AllianzMalaysia   allianz.com.my





| Declaration by / Pengisytiharan oleh |  | Life Assured / Orang Diinsuranskan |                          | Policy Owner / Pemegang Polisi |                          | Joint Life Assured / Orang Diinsuranskan Bersama |                          |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
|                                      |  | Yes / Ya                           | No / Tidak               | Yes / Ya                       | No / Tidak               | Yes / Ya   | No / Tidak               |
| d)                                   | Asthma, bronchitis, pneumonia, tuberculosis, blood spitting, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), prolonged cough or any other respiratory disorders or lung disease? / Asma, bronkitis, radang paru-paru, batuk kering, batuk berdarah, Penyakit Pulmonari obstruktif Kronik (COPD), batuk berpanjangan atau sebarang gangguan pefafasan atau penyakit paru-paru?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| e)                                   | Hernias, peptic ulcer, gastritis, hemorrhoids, fistula, Gastroesophageal Reflux Disease (GERD), colitis, Crohn's disease, blood in the stool, vomiting blood or any disease of the digestive system or gastrointestinal tract? / Hernia, peptik ulser, gastrik, buasir, fistula, Penyakit Refluks Gastroesophageal (GERD), colitis, penyakit Crohn, najis berdarah, muntah berdarah atau sebarang penyakit sistem penghadaman atau saluran gastrousus.   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| f)                                   | Jaundice, any form of hepatitis, liver cirrhosis, fatty liver, gall stone or any disease of the liver, biliary system or pancreas? / Jaundis, sebarang jangkitan hepatitis, sirosis hati, hati berlemak, batu hempedu atau sebarang penyakit hati, sistem hempedu atau pankreas?   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| g)                                   | Protein or blood in the urine, kidney or urinary stone, nephrotic syndrome, glomerular disease, Polycystic Kidney Disease (PKD), Benign Prostatic Hypertrophy (BPH) or any disease of the kidney and genital-urinary system? / Protein atau darah dalam air kencing, batu karang dalam buah pinggang atau sistem kencing, sindrom nephrotik, penyakit glomerular, Penyakit Buah Pinggang Polisistik (PKD), Hipertropi Kelenjar Prostate (BPH) atau sebarang penyakit sistem buah pinggang dan genitor-urinari?   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| h)                                   | Diabetes Mellitus, sugar in the urine, goitre, hyperthyroidism, hypothyroidism or disease of thyroids, adrenal glands, endocrine, spleen, pituitary glands, parotid gland or any other disease of the glands? / Kencing manis, gula dalam air kencing, goiter, hipertiroidisme, hipotiroidisme atau penyakit tiroid, kelenjar adrenal, endokrin, limpa, kelenjar pituitary, kelenjar parotid atau sebarang penyakit kelenjar?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| i)                                   | Any form of cancer, leukaemia, cyst, growth, haemangioma, lesions, polyps, lumps, abnormal swelling, enlarged lymph glands, tumour (benign or malignant), Hodgkin's disease or bone marrow disorders? / Sebarang jenis kanser, leukemia, sista, pertumbuhan, haemangioma, lesi, polip, benjolan, bengkak yang tidak normal, pembesaran kelenjar limfa, tumor (benign atau malignant), penyakit Hodgkin atau gangguan sumsum tulang?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| j)                                   | Any form of skin disease, psoriasis, eczema or severe skin infections? / Sebarang penyakit kulit, psoriasis, eczema atau jangkitan kulit yang teruk?   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| k)                                   | Glaucoma, cataract, partial or total blindness, vertigo, persistent nose bleed, tonsillitis, sinusitis, deaf mutism, impaired speech or hearing, or any disease or disorder of the eyes, ear, nose, deviated nasal septum, mouth throat or vocal cord? / Glaukoma, katarak, buta sebahagian atau keseluruhan, vertigo, hidung berdarah yang berterusan, tonsillitis, resdung, sifat bisu pekak, percakapan atau pendengaran terjejas, atau sebarang penyakit atau gangguan mata, telinga, hidung,, masalah septum hidung, mulut, tekak atau pita suara?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| l)                                   | Venereal disease, gonorrhoea, syphilis, Human Papilloma Virus (HPV) infection or any other sexually transmitted disease? / Penyakit kelamin, gonorea, sifilis, jangkitan Virus Papilloma Manusia (HPV) atau sebarang penyakit kelamin?   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| m)                                   | Arthritis, gout, hyperuricemia, Prolapsed Intervertebral Disc (PID), rheumatism, backache, spondylosis, scoliosis, Muscular Dystrophy or any disorder of the cartilage, disorder of knee joint including but not limited to knee ligament tear/injury, meniscus injury, tendon muscles, joints, bones or the spine? / Arthritis, gout, hiperuricemia, Diska Tergelincir (PID), penyakit sendi, sakit belakang, spondylosis, scoliosis, Distrofi Otot atau sebarang gangguan tulang rawan, gangguan sendi lutut termasuk tetapi tidak terhad kepada lutut ligamen terkoyak / tercedera, kecederaan meniskus otot tendon, sendi, tulang atau tulang belakang?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| n)                                   | Anaemia, thalassemia, abnormal platelet count, Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Rheumatoid Arthritis or any disease of the blood or autoimmune disease? / Anemia, thalasemia, kiraan platelet yang tidak normal, Sistemik Lupus Erythematosus (SLE), Arthritis Rheumatoid atau sebarang penyakit darah atau penyakit autoimun.  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| 12. a)                               | Have you had any diagnostic/investigative test, or any regular screening (with abnormal result or required further investigation/follow up) including but not limited to the following and kindly provide copy of investigation report : / Adakah anda pernah menjalani apa-apa ujian diagnostik/penyiasatan, atau mana-mana pemeriksaan berkala (dengan keputusan yang tidak normal atau dikehendaki siasatan lanjut/susulan) termasuk tetapi tidak terhad kepada yang berikut dan sila lampirkan salinan laporan perubatan berkenaan :<br>i) X-Ray / X-Ray<br>ii) Electrocardiogram (ECG )/Treadmill ECG / Elektrokardiogram (ECG)/Treadmill ECG<br>iii) Blood Test/Urine Test / Ujian Darah/Ujian Air Kencing<br>iv) Pap Smear/Ultrasound/Mammogram / Pap Smear/Ultrasound/Mammogram<br>v) Pulmonary Function Test / Ujian Fungsi Pulmonari | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| b)                                   | Have you had any of the following test done: / Pernahkah anda menjalani ujian-ujian berikut :<br>i) Biopsy (tissue taken to detect any abnormality)/Fine needle aspiration / Biopsi (tisu yang diambil untuk mengesan sebarang keabnormalan)/aspirasi jarum halus<br>ii) Urea Breath Test/Stool Test / Ujian Nafas Urea/Ujian Najis<br>iii) Endoscopy/CT Scan/Pet Scan/Magnetic Resonance Imaging (MRI)/Angiogram/Laparoscopy/ Electroencephalography (EEG) / Endoskopi/CT Scan/Pet Scan/Pengimejan Resonans Magnetik (MRI)/Angiogram/Laparoskopi/Elektroensefalografi (EEG)<br>iv) Others (please specify) / Lain-lain (sila nyatakan) _____  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |

| Declaration by / Pengisytiharan oleh |   | Life Assured / Orang Diinsuranskan |                          | Policy Owner / Pemegang Polisi |                          | Joint Life Assured / Orang Diinsuranskan Bersama |                          |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
|                                      |   | Yes / Ya                           | No / Tidak               | Yes / Ya                       | No / Tidak               | Yes / Ya   | No / Tidak               |
|                                      | c) Illness, injury, symptom, operation, surgical procedure, hospitalization, medical advice, treatment, medication or physical examination not of a routine nature (except for common illness like fever, flu or cough) or are you under observation, follow up, or referred to a specialist, hospital, or are you waiting for any result of medical investigation? / Penyakit, kecederaan, simptom, pembedahan, prosedur operasi, rawatan di hospital, menerima nasihat perubatan, rawatan perubatan or pemeriksaan fizikal yang tidak bersifat rutin (kecuali untuk penyakit biasa seperti demam, selesema atau batuk) atau di bawah pemerhatian, rawatan susulan, atau dirujuk kepada seorang pakar, hospital, atau menunggu sebarang keputusan penyiasatan perubatan?   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| 13.                                  | a) Have you or your spouse had a blood test done, received or expect to receive any medical advice, counseling or treatment in connection with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or infection of Human Immunodeficiency Virus (HIV), AIDS Related complex or any other AIDS/HIV related condition or been told that you had any of these? / Adakah anda atau pasangan anda pernah membuat ujian darah, menerima atau dijangka menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan Sindrom Daya Tahan Penyakit (AIDS) atau jangkitan Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV), sebarang situasi yang berkaitan dengan AIDS atau sebarang keadaan yang berkaitan AIDS/HIV atau diberitahu bahawa anda mengalami salah satu daripadanya?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
|                                      | b) Do you or have you engaged in any high risk behavior or lifestyle that put you at an increased risk of HIV infection or AIDS related condition? / Adakah anda atau pernahkah anda terlibat / terjebak dengan gaya hidup anda yang menambahkan risiko anda dijangkiti HIV atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
|                                      | c) Have you at any time in the past three (3) months had any one of the following symptoms for more than one (1) week continuously: persistent and unexplained fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes, neck swelling or unusual skin lesions? / Pernahkah anda dalam masa tiga (3) bulan yang lepas, mengalami gejala-gejala berikut secara berterusan melebihi satu (1) minggu: keletihan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limpa, bengkak leher atau lesi kulit yang luar biasa yang berterusan dan tidak dapat dijelaskan sebabnya?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| 14.                                  | <b>FEMALE ONLY / PEREMPUAN SAHAJA</b>   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
|                                      | a) Are you now pregnant? If "YES", at what stage? / Adakah anda hamil sekarang? Jika "YA", pada peringkat berapa?<br>_____months / bulan  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
|                                      | b) Have you ever been investigated, treated, advised to seek treatment, on observation or require regular follow up for fibroids, ovarian cysts, endometriosis, cervicitis, menstrual disorder, Polycystic Ovarian Disease (POD) or any disease or disorder of the breast or female organs or any complications during pregnancy and/or at childbirth? / Pernahkah anda disiasat, dirawat, dinasihatkan untuk mendapatkan rawatan, di bawah pemerhatian atau memerlukan rawatan susulan untuk fibroid, sista ovari, endometriosis, cervicitis, gangguan haid, Penyakit Polisistik Ovari (POD) atau sebarang penyakit atau masalah payudara atau masalah wanita atau sebarang komplikasi semasa hamil dan/atau ketika kelahiran anak?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |
| 15.                                  | <b>CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY / UNTUK ANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA</b>   |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
|                                      | a) Is the child born premature or pre-term/less than 37 weeks gestation? / Adakah anak dilahirkan pramatang/kurang daripada 37 minggu?  |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
|                                      | i) If "YES", please specify month/weeks at birth? / Jika "YA", sila nyatakan Bulan/Minggu ketika lahir.<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text"/> <input type="text"/> Month / Bulan</span> <span><input type="text"/> <input type="text"/> Weeks / Minggu</span> </div>  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                |                          |  |                          |
|                                      | ii) What was the birth weight? / Berapakah berat ketika lahir?<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text"/> <input type="text"/> Kg</span> <span><input type="text"/> <input type="text"/> Gram</span> </div>  |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
|                                      | iii) Duration of hospital stay after birth? / Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan?<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><input type="text"/> <input type="text"/> Days / Hari</span> </div>   |                                    |                          |                                |                          |  |                          |
|                                      | b) Has the child ever been investigated, treated, advised to seek further treatment, under observation or follow up for any birth defects, congenital disorder, complications that requires hospitalization during the first 30 days after birth, developmental slowness or abnormalities, chronic/persistent lung or respiratory disease, blood abnormalities, hereditary/genetic disease/disorder or any other physical defects or impairments? / Adakah anak pernah disiasat, dirawat, dinasihatkan untuk mendapatkan rawatan perubatan, dibawah pemerhatian atau susulan untuk sebarang kecacatan kelahiran, masalah kongenital, komplikasi yang perlu dihospitalkan dalam masa 30 hari pertama selepas lahir, perkembangan lambat atau abnormal, penyakit paru-paru atau saluran pernafasan yang kronik/berterusan, keabnormalan darah, penyakit yang diwarisi/genetik atau sebarang kecacatan fizikal atau kecacatan? | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |                                |                          |  |                          |

| Declaration by / Pengisytiharan oleh   | Life Assured / Orang Diinsuranskan |            | Policy Owner / Pemegang Polisi |            | Joint Life Assured / Orang Diinsuranskan Bersama |            |
|--|------------------------------------|------------|--------------------------------|------------|--|------------|
|  | Yes / Ya                           | No / Tidak | Yes / Ya                       | No / Tidak | Yes / Ya   | No / Tidak |
| 16. If you answered "YES" to any of the questions 3 to 7 and questions 10 to 14, please provide full details and state the question number. Please provide full details including : / Jika anda menjawab "YA" kepada mana-mana soalan 3 hingga 7 dan soalan 10 hingga 14, sila berikan butir-butir lengkap dan nyatakan nombor soalan. Sila berikan butiran lengkap termasuk:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Exact diagnosis / Diagnosis tepat</li> <li>Underlying cause / Punca</li> <li>Onset of the condition / Masa apabila kondisi bermula</li> <li>Type of treatment or follow up / Jenis rawatan atau susulan</li> <li>Name and Address of the Attending Doctor / Nama dan Alamat Doctor</li> <li>Current condition / Keadaan sekarang</li> <li>Any other information and please submit medical report if any / Apa-apa maklumat lain dan sila kemukakan laporan perubatan jika ada</li> </ul> |                                    |            |                                |            |  |            |

### Declaration / Pengisytiharan

#### Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Pengguna:

Where I/We apply for this contract of insurance wholly for purposes unrelated to My/Our trade, business or profession, I/We agree and declare that: / Di mana Saya/Kami memohon untuk kontrak insurans sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion Saya/Kami, Saya/Kami bersetuju dan mengisytiharkan bahawa:

- I/We shall take reasonable care not to make any misrepresentation when answering the questions in this form and in any required medical examination, questionnaire or amendment and any other relevant document in connection with this application (collectively referred to as "the Information"); / Saya/Kami akan mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam borang ini dan di dalam sebarang pemeriksaan perubatan yang dikehendaki, soal selidik dan sebarang dokumen yang berkaitan dengan permohonan ini (kesemuanya dirujuk sebagai "Maklumat tersebut");
- The Information that I/We have provided is full and accurate otherwise it may result in the contract being avoided, a claim denied or reduced, terms changed or varied, or the contract terminated; / Maklumat tersebut yang diberikan oleh Saya/Kami adalah lengkap dan benar, sekiranya tidak benar ia mungkin akan menyebabkan kontrak dibatalkan, tuntutan ditolak atau dikurangkan, terma dipinda atau diubah, atau kontrak akan ditamatkan; I/We shall inform ALIM of any change to the Information after I/We have submitted the Information but before the contract is entered into, varied or renewed with ALIM. / Saya/Kami akan memberitahu ALIM tentang sebarang perubahan terhadap Maklumat tersebut tetapi sebelum kontrak dimasuki, diubah atau diperbaharui dengan ALIM.

#### Non-Consumer Insurance Contract / Kontrak Insurans Bukan Pengguna:

Where I/We apply for this contract of insurance for purposes related to My/Our trade, business or profession, I/We agree and declare that: / Di mana Saya/Kami memohon kontrak insurans ini bagi tujuan berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion Saya/Kami, Saya/Kami bersetuju dan mengisytiharkan bahawa:

- The Information that I/We provided is full and accurate and shall be the basis of the contract of insurance with ALIM; / Maklumat yang diberikan oleh Saya/Kami adalah lengkap dan benar dan akan membentuk asas kontrak insurans dengan ALIM;
- I/We shall inform ALIM of any change to the Information after I/We have submitted the Information but before the contract is entered into, varied or renewed with ALIM. / Saya/Kami akan memberitahu ALIM tentang sebarang perubahan terhadap Maklumat tersebut selepas Saya/Kami menyerahkan Maklumat tersebut tetapi sebelum kontrak dimasuki, diubah atau diperbaharui dengan ALIM.

Signed at / Ditandatangani di \_\_\_\_\_ this / pada \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Place / Tempat Date / Tarikh Month / Bulan Year / Tahun

Signature of Policy Owner/Assignee / Tandatangan Pemegang Polisi/Penerima Serak Hak  
Name/ Nama :  
NRIC/Passport No. / No. KP/Pasport :

Signature of Witness / Tandatangan Saksi  
Name / Nama :  
NRIC/Passport No. / No. KP/Pasport :

Signature of Life Assured / Tandatangan Orang Diinsuranskan  
Name/ Nama :  
NRIC/Passport No. / No. KP/Pasport :

Signature of Witness / Tandatangan Saksi  
Name / Nama :  
NRIC/Passport No. / No. KP/Pasport :

Signature of Joint Life Assured / Tandatangan Orang Diinsuranskan Bersama  
Name/ Nama :  
NRIC/Passport No. / No. KP/Pasport :

Signature of Witness / Tandatangan Saksi  
Name / Nama :  
NRIC/Passport No. / No. KP/Pasport :

#### ATTENTION / PERHATIAN

In the case where the Life Assured is a minor (below 16), the Policy Owner will have to declare and sign on behalf of the Life Assured. / Dalam keadaan di mana Orang Diinsuranskan adalah seorang minor (bawah 16), Pemegang Polisi hendaklah mengakui dan menandatangani bagi pihak Orang Diinsuranskan.

### Allianz Customer Service Center

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.  
Allianz Contact Center: 1 300 22 5542 E-mail: customer.service@allianz.com.my   AllianzMalaysia   allianz.com.my