

Allianz Medicare – Individual Health Declaration Form / Borang Pengesahan Kesihatan Individu

Part 1 / Bahagian 1 - Particular Of Person To Be Insured / Maklumat Orang Yang Akan Diinsuranskan

Salutation / Gelaran	<input type="checkbox"/> Mr. / Tuan <input type="checkbox"/> Madam / Puan <input type="checkbox"/> Miss / Cik <input type="checkbox"/> Others (please specify) / Lain-lain (sila nyatakan)	
Name of Proposer / Nama Pencadang		
Name of Person to be Insured / Nama Orang Yang Akan Diinsuranskan		
ID Type / Jenis ID	<input type="checkbox"/> NRIC / Kad Pengenalan Baru <input type="checkbox"/> Passport / Pasport <input type="checkbox"/> Police/Army / Polis/Tentera	
ID No. / No. ID		
Tax ID No. (TIN) / No. Pengenalan Cukai (TIN)		
Date of Birth / Tarikh Lahir	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Gender / Jantina <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
Height / Tinggi	<input type="text"/> cm / sm	Weight / Berat <input type="text"/> kg / kg
Nationality / Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others (please specify) / Lain-lain (sila nyatakan)	
Relationship to Proposer / Hubungan dengan Pencadang		
Occupation / Pekerjaan		

Part 2 / Bahagian 2 - Health Declaration / Pengesahan Kesihatan

No.	Questions / Soalan-soalan	Yes / Ya	No / Tidak
1.	Have your applications for any medical coverage been declined, restricted, or otherwise accepted with modified terms? / Pernahkah permohonan anda bagi mana-mana perlindungan perubatan ditolak, dihadkan atau diterima dengan syarat diubahsuai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<p>Have you suffered from, diagnosed, received treatment or been under medication, hospitalized (or advised to seek treatment, but did not proceed or refuse treatment) for any medical condition, illness or disease within the last 5 years? If yes, please provide details below for each item: / Pernahkah anda menghidapi, diberitahu yang anda menghidapi, menerima rawatan perubatan atau dibawah ubatan, dimasukkan ke dalam hospital (atau dinasihatkan untuk menerima rawatan tetapi tidak meneruskannya atau menolak rawatan) untuk sebarang keadaan kesihatan atau penyakit dalam tempoh 5 tahun yang lalu? Jika Ya, sila berikan butiran untuk setiap perkara di bawah:</p> <p>(a) Name of the medical condition, illness or disease. / Nama keadaan kesihatan atau penyakit.</p> <p>(b) Date of diagnosis, details of recurring episodes (if any), and the current status of the medical condition, illness or disease. / Tarikh anda diberitahu menghidapi, butiran episod berulang (jika ada), dan status semasa keadaan kesihatan atau penyakit.</p> <p>(c) Describe any treatments or medications you have received within the last 5 years. / Nyatakan sebarang rawatan atau ubatan yang anda terima dalam tempoh 5 tahun yang lalu.</p> <p>(d) If you have been hospitalized or advised to seek treatment but did not proceed or refuse treatment, please explain the reasons behind your decision and the consequences that resulted from it, if any. / Jika anda telah dimasukkan ke dalam hospital atau dinasihatkan untuk menerima rawatan tetapi tidak meneruskannya atau menolak rawatan, sila jelaskan sebab di sebalik keputusan anda dan akibat yang timbul daripadanya, jika ada.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



No.	Questions / Soalan-soalan	Yes / Ya	No / Tidak
3.	<p>Do you suffer from any physical impairment or limitations in performing daily activities* (unable to perform 2 or 3 activities without assistance), physical weakness or ailments, any abnormality, or congenital conditions? If yes, please provide details below for each item: / Adakah anda mengalami sebarang kehilangan upaya fizikal atau had dalam menjalankan Aktiviti-aktiviti Kehidupan Harian (tidak dapat menjalankan 2 atau 3 aktiviti tanpa bantuan), kelemahan fizikal atau penyakit, sebarang keabnormalan, atau keadaan kongenital? Jika Ya, sila berikan butiran untuk setiap perkara di bawah:</p> <p>(a) Type of disability or medical condition. / Jenis kehilangan upaya atau keadaan kesihatan.</p> <p>(b) Date of diagnosis of the disability / medical condition. / Tarikh anda diberitahu mengalami kehilangan upaya / keadaan kesihatan.</p> <p>(c) Treatments or medications you have received for the disability / medical condition. / Rawatan atau ubatan yang anda terima untuk kehilangan upaya / keadaan kesihatan.</p> <p>Note / Nota: *Daily activities mean mobility, dressing, personal hygiene, toileting, eating and/or transfer. / *Aktiviti harian bermaksud bergerak bebas, memakai pakaian, membersihkan diri, menggunakan tandas, makan dan/atau beralih tempat.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If any of the answers is 'Yes' to the above questions, please give details below and number your answers to correspond with the number of the questions. / Sekiranya mana-mana jawapan adalah 'Ya' bagi soalan di atas, sila berikan butiran di bawah dengan menulis nombor bagi jawapan tersebut supaya ia menyamai nombor soalan.

No.	Details / Butiran-butiran

Part 3 / Bahagian 3 - Details Of Regular Doctor / Butiran Doktor Tetap

Name of Doctor / Nama Doktor	Address / Alamat	Contact No. / No. Telefon	Date of Last Consultation / Tarikh Konsultasi Terakhir	Reason(s) for Consultation / Sebab-sebab Konsultasi

Note / Nota: Please attach separate sheet if space is insufficient. / Sila lampirkan kertas berasingan jika ruang tidak mencukupi.

Part 4 / Bahagian 4 - Plan Required And Premium Details, Please Tick Plan Selected / Pelan Diperlukan Dan Butiran Premium, Sila Tandakan Pelan Yang Dipilih

Plan Required / Pelan Diperlukan	Non Cashless / Tunai	Cashless* / Tanpa Tunai*	Premium (RM) / Premium (RM)	Deductible (Optional) / Deduktibel (Pilihan)	Total Premium (RM) / Jumlah Premium (RM)
<input type="checkbox"/> Plan 1 OAL RM50,000 / Pelan 1 HTK RM50,000				<input type="checkbox"/> Option 1 RM500 / Pilihan 1 RM500	
<input type="checkbox"/> Plan 2 OAL RM80,000 Pelan 2 HTK RM80,000				<input type="checkbox"/> Option 2 RM10,000 / Pilihan 2 RM10,000	
<input type="checkbox"/> Plan 3 OAL RM120,000 / Pelan 3 HTK RM120,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Option 3 RM20,000 / Pilihan 3 RM20,000	
<input type="checkbox"/> Plan 4 OAL RM150,000 / Pelan 4 HTK RM150,000				<input type="checkbox"/> Option 4 RM30,000 / Pilihan 4 RM30,000	
<input type="checkbox"/> Plan 5 OAL RM250,000 / Pelan 5 HTK RM250,000				<input type="checkbox"/> Option 5 RM40,000 / Pilihan 5 RM40,000 <input type="checkbox"/> Option 6 RM50,000 / Pilihan 6 RM50,000	
MCO Fee (RM) / Fee MCO (RM)					
Service Tax (RM) / Cukai Perkhidmatan (RM)					
Total Amount (RM) / Jumlah Yang Perlu Dibayar (RM)					

Notes / Nota:

- *MCO Fee will be charged separately for Cashless Plan. / Fee MCO akan dicaj secara berasingan untuk Pelan Tanpa Tunai.
- For Corporate Body, premium is subject to 8% of Service Tax. / Bagi Badan Korporat, premium tertakluk kepada 8% Cukai Perkhidmatan.
- Premium is further subject to RM10 Stamp Duty. / Premium tertakluk kepada Duti Setem RM10.

I hereby declare that I have fully and accurately answered the questions in this proposal form. I hereby authorize any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attends to me for any reason to disclose to the Company any and all information with respect to any illnesses or injury and to provide copies of all hospital or medical records/certifications, including any earlier medical history. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. I also agree and consent to the use of my personal data provided herein for the purposes stated in the Company's Privacy Statement that is found on the Company's website at allianz.com.my. / Saya dengan ini mengaku bahawa semua jawapan dalam borang cadangan ini adalah betul dan benar. Saya dengan ini membenarkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau sesiapa yang merawat saya atas sebarang sebab untuk mendedahkan apa-apa sahaja kepada Syarikat dan kesemua maklumat berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan dan mengemukakan salinan semua hospital atau rekod/sijil perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan surat kebenaran ini akan dianggap memadai dan sah sepertimana yang asal. Saya juga bersetuju dan memberi kebenaran kepada Syarikat untuk menggunakan maklumat peribadi saya di sini bagi tujuan yang dinyatakan di dalam Kenyataan Privasi Syarikat yang boleh dirujuk di laman sesawang Syarikat di allianz.com.my.

Signature of Person to be Insured /
Tandatangan Orang Yang Akan Diinsuranskan

Date / Tarikh

Note/ Nota:

- Where the Insured Person is a child aged below eighteen (18) years old, this form must be signed by his/her parent/guardian. Please state Name and ID No. of the Parent/Guardian. / Jika Orang Yang Diinsuranskan adalah kanak-kanak yang berumur di bawah lapan belas (18) tahun, borang ini hendaklah ditandatangani oleh ibu bapa/penjaga. Sila nyatakan Nama dan No. ID Ibu Bapa/Penjaga.
- Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad reserves the right to request for further health evidence if deemed necessary. This form must be filled by the employees. Please ensure that it is completed before submitting to Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad to avoid any delay in processing. / Pihak Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad berhak meminta bukti kesihatan jika ini dianggap perlu. Borang ini perlu diisi oleh kakitangan. Sila pastikan borang ini diisi dengan lengkap dan sempurna sebelum dihantar ke Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad bagi mengelakkan sebarang kelewatan memprosesnya.