



Takaful

BORANG SOAL SELIDIK PEMOHON SEJARAH PERUBATAN
APPLICANT QUESTIONNAIRE MEDICAL HISTORY

Anda dikehendaki untuk mendedahkan sepenuhnya semua maklumat relevan yang ada dalam pengetahuan anda atau yang patut anda tahu, jika tidak ia boleh membawa kepada polisi yang dikeluarkan di bawah ini diketepikan, tuntutan anda ditolak atau terma-terma polisi diubah selaras dengan Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013.

You are required to disclose fully and faithfully all the relevant information which you know or ought to know otherwise it may lead to the Certificate issued hereunder being set aside, your claim being refused or the terms of the Certificate being changed in compliance with Islamic Financial Services Act 2013.

Nota : Sila tandakan (✓) dikotak yang berkenaan.

Note : Please tick (✓) in the relevant box.

Nama Pemohon :

Applicant's Name

No. Kad Pengenalan :

IC No

No. Cadangan :

Proposal No

1. Sila nyatakan nama penyakit, gangguan kesihatan diagnosis, atau keterangan jelas mengenai tanda-tanda penyakit atau keuzuran.
Please state name of the disease, impairment, diagnosis or at least a clear description of the symptoms or deformity.

2. Sila nyatakan tarikh keuzuran atau tarikh anda dikesan menghidapi penyakit/ keuzuran tersebut. (Jika dalam tempoh setahun lalu, nyatakan tarikh lengkap).
Please state date of onset or date you first diagnosed/suffered from the above disease/impairment. (If it is within a year, please include the month as well as the year).

3. Sila berikan keterangan lengkap sejarah perubatan anda, termasuk jenis rawatan, samada pembedahan pernah dijalankan dan tempoh rawatan.
Please provide details of medical history which include type of medication, whether surgery or operation performed and duration of treatment.

4. Pernahkah anda dimasukkan ke hospital? Jika ada, berapa kali dan hospital mana, bila dan untuk berapa lama bagi setiap kemasukan.
Have you been hospitalised? If so, how many episodes, in which hospital, when and for how long for each episode?

5. Berikan tarikh rawatan yang terakhir dan adakah rawatan lanjut diperlukan? (Jika perlu rawatan lanjut, berikan tarikhnya)
Please provide date of last follow up treatment and whether further follow up treatment required (If further follow up required, please provide date).



AAABZZBBALNB81

6. Pernahkah anda menjalani sebarang ujian perubatan seperti ujian darah, ECG, CXR, kencing, biopsy, HIV, ultra sound, pap smear dan sebagainya? Jika ada, nyatakan jenis, keputusan dan tarikh (Sila lampirkan salinan keputusan ujian tersebut)
Have you performed any medical test like blood test, ECG, CXR, urine, biopsy, HIV, ultrasound, pap smear test and etc? If yes, please state type, result and date (Please also provide a copy of the result).

7. Adakah penyakit/keuzuran ini berulang-ulang? Jika ya, sila nyatakan berapa kali serangan dalam tempoh 24 bulan yang lalu.
Is the ailment recurrent? If yes, please state total number of attacks for the past 24 months.

8. Adakah penyakit ini menghalang anda bekerja? Jika ya, sila nyatakan tarikh dan jumlah hari anda tidak bekerja bagi setiap serangan.
Did this ailment keep you away from work? If yes, please state date and number of days off from work for each episode.

Ya ☐ Tidak ☐
 Yes No

Tarikh
 Date

Jumlah hari cuti sakit
 Total Day(s) Off From Work

9. Adakah anda telah sembuh sepenuhnya?
Are you fully recovered?

10. Sila berikan nama dan alamat doktor yang merawat. (Sila beri satu salinan Kad Pesakit dan Borang Kebenaran Mengeluarkan Laporan yang telah lengkap diisi).
Please provide name and address of your attending physician. (Please also provide a copy of your patient card and complete a copy of the consent for release of information form).

Pengakuan Declaration

Saya dengan ini mengaku bahawa pernyataan di atas adalah lengkap dan benar dan merupakan sebahagian daripada permohonan untuk perlindungan Takaful.
I hereby declare that the above statements are true and complete and shall form part of my application for Takaful coverage.

**Tandatangan Pemohon
 Applicant's signature**

**Tarikh
 Date**