



SOAL SELIDIK PEMOHON PEKERJA KESIHATAN YANG TERDEDAH DENGAN COVID19 (CORONAVIRUS)
APPLICANT QUESTIONNAIRE COVID19 (CORONAVIRUS) EXPOSURE FOR HEALTH CARE WORKERS

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

Pakar Kesihatan (jika berkenaan) :

Medical Specialty (if applicable) : _____

Tugas-tugas sebenar (termasuk tugas rasmi atau tidak rasmi) :

Exact nature of duties (including procedural or non-procedural duties) : _____

Nama dan alamat tempat anda bekerja :

Name and address of the medical facility you are working in : _____

Nama pihak berkuasa yang anda daftar :

Name of the Health Authority under which you are registered : _____

1. Adakah anda telah atau tugas-tugas anda terlibat hubungan rapat dengan sesiapa yang telah dikuarantin atau dengan sesiapa yang telah disahkan dengan novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)?
Have you been or do your work duties involve close contact with anyone who has been quarantined or who has been diagnosed with novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)?

☐

Tidak
No

☐

Ya
Yes

Jika ya, sila berikan maklumat lengkap termasuk jenis pekerjaan pesakit novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)

If yes, please provide details including nature of work for patients with novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)

2. Adakah anda pernah bercuti/cuti sakit disebabkan kemungkinan terdedah, disahkan positif atau menunggu keputusan ujian novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)?
Have you ever been on leave of absence/sick leave due to a possible exposure of, tested positive or awaiting test results for novel coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)?

☐

Tidak
No

☐

Ya
Yes

Jika ya, sila berikan tarikh yang berkaitan dan maklumat yang lengkap
If yes, please provide relevant dates and details

3. Pernahkah anda mengalami gejala-gejala berikut dalam masa 14 hari yang lepas? (demam, batuk, kesukaran bernafas, Malaise (lemah badan), Rhinorrhea (hidung dipenuhi mucus), sakit tekak, gejala gastro usus seperti loya, muntah dan/atau cirit birit)
Have you experienced any of the following symptoms within the last 14 days? (Any fever, Cough, Shortness of breath, Malaise (flu-like tiredness), Rhinorrhea (mucus discharge from nose), Sore throat, Gastro-intestinal symptoms such as nausea, vomiting and/or diarrhea)

☐

Tidak
No

☐

Ya
Yes

Jika ya kepada salah satu yang tersebut, sila nyatakan yang mana satu dan berikan maklumat lengkap
If yes to any of these, please indicate which and provide full information

4. Adakah sekarang anda berada dalam keadaan kesihatan yang baik dan aktif bekerja?
Are you currently in good health and actively at work?

☐

Tidak
No

☐

Ya
Yes

Jika tidak, sila berikan maklumat
If no, please provide of details

Nota: Pekerja Kesihatan bermaksud semua profesional kesihatan yang berdaftar (dokter, jururawat, pakar kesihatan profesional termasuk ahli fisioterapi, ahli farmasi, ahli phlebotomis dan lain-lain) yang terlibat dalam penjagaan pesakit langsung

Note: Health care workers shall mean all registered health care professionals (doctors, nurses, allied health professionals including physiotherapists, pharmacists, phlebotomists etc.) involved in direct patient care

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