



Zurich Life Insurance Malaysia Berhad

Registration No. 196801000442 (8029-A)
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

Soal Selidik Gangguan Bahagian Belakang *Back Disorder Questionnaire*

No. Permohonan:

Application No.: _____

Nama Penuh:

Full Name: _____

1) Sila nyatakan diagnosis yang tepat, jika diketahui. / *Please state the precise diagnosis, if known.*

2) Bentuk gejala-gejala: / *Nature of symptoms:*

a. Sila huraikan gejala-gejala anda. / *Please describe your symptoms.*

b. Bahagian tulang belakang anda yang manakah yang/telah terjejas? Jika istilah perubatan tidak diketahui, nyatakan bahagian atas, bawah, tengkuk atau dasar tulang belakang.

What part of your back is/was affected? If medical term not known, state upper, lower, neck or base of spine.

c. Adakah gejala berkenaan mengganggu mana-mana bahagian badan anda selain daripada bahagian belakang?

Are the symptoms affected any part of your body other than the back?

3) Kekerapan gejala-gejala: / *Frequency of symptoms:*

a. Bilakah gejala pertama berlaku? / *When did your symptoms first occur?*

b. Bilakah kali terakhir anda mengalami sebarang gejala?

When did you last experience any symptoms?

c. Berapa kerapkah gejala-gejala berlaku? Iaitu berapa banyak episod dalam tempoh 24 bulan yang lepas?

How frequently do symptoms occur? i.e. how many episodes in the last 24 months?

- 4) Punca dan kesan gejala: / *Cause and impact of symptoms:*
- a. Sila nyatakan tarikh dan tempoh bagi sebarang masa direhatkan dari bekerja disebabkan oleh kesakitan bahagian belakang anda sejak tempoh dua tahun lepas.
Please advise dates and durations of any time off work due to your back in the last two years.
-

- b. Sila anggarkan jumlah masa direhatkan dari bekerja akibat daripada keadaan tulang belakang anda.
Please estimate total time off work as a result of your back condition.
-

- | | Ya
Yes | Tidak
No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| c. Adakah gejala yang dihadapi berkaitan dengan sebarang aktiviti tertentu?
Jika YA, sila berikan butiran penuh.
<i>Are your symptoms related to any particularly activity? If YES, please give full details.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| d. Adakah tempat kerja memberi tekanan tambahan ke atas bahagian belakang anda seperti kerja secara manual, mengangkat, membongkok? Jika YA, sila berikan butiran penuh.
<i>Does your job place additional strain on your back, e.g. manual work, lifting, bending? If YES, please give full details.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|
-

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| e. Pernahkah anda menukar kerja atau selaraskan tugas atau tabiat dalam apa jua cara kerana bahagian belakang anda? Jika YA, sila berikan butiran penuh.
<i>Have you changed job or adjusted duties or habits in any way because of your back? If YES, please advise full details.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|
-

- 4) Rawatan perubatan:
Medical care:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Pernahkah anda melakukan sebarang siasatan seperti X-ray, imbasan CT, MRI, dan lain-lain? Jika YA, sila berikan butiran lengkap termasuk tarikh dan keputusan.
<i>Have you undergone any investigations such as X-ray, CT scan, MRI, etc? If YES, please provide full details including the dates and results.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|
-

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| b. Pernahkah anda menjalani pembedahan bagi keadaan ini atau pembedahan dipertimbangkan? Jika YA, sila berikan tarikh dan butiran lengkap termasuk nama-nama hospital dan pakar bedah serta berapa lama selepas pembedahan itu sebelum anda dapat kembali bekerja.
<i>Have you had an operation for this condition or is an operation being considered? If YES, please provide dates and full details including names of hospital and surgeon and how long after the operation was it before you were able to return to work.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|
-

c. Adakah atau telahkah anda, memerlukan fisioterapi atau sebarang bentuk manipulasi atau urutan? Jika YA, sila berikan butiran penuh serta tarikh dan nyatakan jika masih hadir.
Do you, or did you, require physiotherapy or any form of manipulation or massage? If YES, please provide full details and dates and advice if still attending.

d. Adakah atau telahkah anda, mengambil apa-apa bentuk ubatan atau ubat tahan sakit? Jika YA, sila berikan nama ubat-ubatan, dos dan kali terakhir diambil.
Do you, or did you, require any form of medication or pain killers? If YES, please provide name of drugs, dosage and when last taken.

5) Sila nyatakan nama dan alamat yang anda adakan rundingan mengenai keadaan belakang anda dan bila kali terakhir anda menghadirinya.
Please advise the name and address of whom you consult regarding your back condition and when you last attended.

6) Sila berikan sebarang maklumat tambahan mengenai keadaan anda, yang anda rasakan dapat membantu dalam memproses permohonan anda.
Please provide any additional information on your condition which you feel may be helpful in processing your application.

Saya 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 permohonan ini.

Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian daripada permohonan insurans saya dan kegagalan untuk mendedahkan mana-mana fakta penting yang saya ketahui berkemungkinan membatalkan kontrak.

I 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 application.

I agree that this form will constitute part of my application for insurance and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.

Tandatangan:
Signature: _____

Tarikh:
Date: _____

Nota / Notes :

1. Borang ini mestilah dilengkapkan oleh orang yang dinyatakan dalam surat penyata permintaan tertunggak yang dikeluarkan. / *This form must be completed by the person specified in the deferment letter issued.*
2. Sekiranya orang yang dinyatakan dalam surat penyata permintaan tertunggak berumur kurang dari 16 tahun, borang ini mestilah ditandatangani oleh pemohon. / *If the specified person stated in the deferment letter is less than 16 years old, the form must be signed by the applicant.*