

PEMERIKSAAN KANAK-KANAK UNTUK POLISI INSURANS JUVANA EXAMINATION OF CHILD FOR JUVENILE INSURANCE POLICY

Kenyataan Penting : Sila ambil perhatian bahawa menurut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda adalah dengan ini diingatkan bahawa:

Important Notice : Please take note that pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, you are hereby reminded that:

- a. Anda dikehendaki untuk mengambil perhatian yang wajar agar tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh kami iaitu anda perlu menjawab soalan dengan lengkap dan tepat/betul. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan-soalan yang diminta oleh kami adalah berkaitan dengan keputusan kami sama ada untuk menerima risiko atau tidak, serta kadar dan terma yang terpakai.
You are required to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by us i.e. you should answer the questions fully and accurately/correctly. Please note that all the questions that are asked by us are relevant to our decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.
- b. Jika terdapat sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan di dalam borang permohonan/cadangan dalam jarak masa antara borang permohonan/cadangan dikemukakan dan masa kontrak bermula, anda juga perlu mengisytiharkan perubahan tersebut dengan penuh dan tepat/betul.
If there are any changes to the answers given in the application/proposal form between the time of submission of the application/proposal form and the time the contract is entered into, you are also required to disclose to us fully and accurately/correctly such changes.
- c. Selain dari menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan dengan penuh dan tepat/betul, anda juga perlu mengambil perhatian sewajarnya untuk mengisytiharkan dengan tepat/betul sebarang hal lain yang anda tahu ianya berkaitan dengan keputusan kami untuk menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang terpakai.
In addition to answering the questions in the proposal form fully and accurately/correctly, you are also required to take reasonable care to disclose to us fully and accurately/correctly any other matters which you know to be relevant to our decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.
- d. Kegagalan anda memberikan jawapan yang lengkap dan tepat boleh menyebabkan polisi anda tidak diproses, tuntutan tidak dibayar atau dikurangkan, atau syarat-syarat polisi diubah;
Your failure to give answers that are full and accurate may result in your policy being avoided, a claim not being paid or reduced, or the terms of the policy being changed;
- e. Jika anda tidak memahami kewajiban/tugas anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika anda memerlukan sebarang penjelasan, anda boleh menghubungi kami atau perunding jualan kami.
If you do not understand your obligation/duty as stated above or if you need any further explanation, you can contact us or our sales advisor.

Laporan pemeriksa perubatan berkaitan permohonan Polisi Juvana untuk digunakan hanya dalam kes kanak-kanak di bawah umur 16 tahun.

Medical Examiners report in connection with application for Juvenile Policy to be used only in case of children under the age of 16 years.

Jumlah Insurans yang dipohon

Amount of assurance applied

RM _____

No. Cadangan

Proposal No.

Nama Perunding Jualan

Name of Sales Advisor

Jumlah Insurans sedia ada

Amount of existing assurance

RM _____

Kod Akaun Perunding Jualan

Sales Advisor Code Account No.

NAMA PENUH KANAK-KANAK:

FULL NAME OF CHILD :

TARIKH LAHIR:

DATE OF BIRTH :

UMUR:

AGE:

No. SB/KP:

BC/INRC No.:

JANTINA:

SEX:

Lelaki

Male

☐

Perempuan

Female

☐

**KENYATAAN PERIBADI KEPADA PEMERIKSA PERUBATAN
PERSONAL STATEMENT TO MEDICAL EXAMINER**

1. Adakah anak anda mengalami atau diberitahu beliau mengalami atau pernah dirawat kerana
Does your child have or been told to have or been treated for

a. Asma Bronkus atau penyakit pernafasan lain?
Bronchial Asthma or other respiratory disease?

☐

☐

b. Epilepsi, sawan demam atau sebarang penyakit atau masalah otak atau sistem saraf lain?
Epilepsy, febrile fits or any other diseases or abnormality of the brain or nervous system?

☐

☐

c. Penyakit atau masalah darah?
Blood diseases or disorders?

☐

☐

d. Penyakit atau masalah jantung?
Heart diseases or disorders?

☐

☐

e. Penyakit atau masalah urogenital?
Urogenital diseases or disorders?

☐

☐

f. Kencing manis, penyakit goiter atau sebarang penyakit kelenjar endokrin?
Diabetes mellitus, goiters or any disease or abnormality of the endocrine glands?

☐

☐

g. Penyakit hepar, jaundis atau hepatitis, perut, pundit hempedu atau usus?
Diseases of the liver, jaundice or hepatitis, stomach, gall bladder or intestines?

☐

☐

h. Penyakit mata, telinga, kerongkong dan hidung?
Diseases of the eyes, ears, throat and nose?

☐

☐

i. Lupus sistemik eritematosis, masalah otot rangka atau penyakit tisu perantara atau kulit?
Systemic Lupus erythematosus, musculoskeletal disorders, or diseases of the connective tissue or skin?

☐

☐

j. Kecacatan fizikal atau mental?
Physical or mental defects?

☐

☐

Butir-butir jawapan "Ya".
(NYATAKAN NOMBOR SOALAN DAN BULATKAN PERKARA BERKENAAN. Sertakan diagnosis, tarikh, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor dan pusat perubatan yang memeriksanya).
Details of "Yes" answers. (IDENTIFY QUESTION NUMBER AND CIRCLE APPLICABLE ITEMS. Include diagnosis, dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities).

2. Dalam 5 tahun yang lalu pernahkah kanak-kanak ini <i>In the past 5 years has this child had any of the following</i>	Ya Yes	Tidak No
a. Menjalani ujian diagnostik seperti X-Ray, elektrokardiogram, imbasan CT, echo, ultrasound, ujian darah atau kajian kencing? <i>Diagnostic test such as X-Ray, electrocardiogram, CT scanning, echo, ultrasound, blood test or urine studies?</i>	☐	☐
b. Mengalami kesakitan, kecederaan, pembedahan, menerima nasihat perubatan atau menjalani pemeriksaan fizikal yang tidak tersebut di atas? <i>Illness, injury, operation, medical advice or physical check-up not mentioned above?</i>	☐	☐
c. Pernah masuk ke hospital untuk menjalani sebarang bentuk rawatan atau ujian? <i>Been admitted to a hospital for any form of treatment or test?</i>	☐	☐
3. Adakah kanak-kanak ini sedang menjalani sebarang bentuk rawatan atau mengambil sebarang ubat? <i>Is this child on any form of treatment or medication at present?</i>	☐	☐
4. Pernah anda/pasangan anda/kanak-kanak <i>Have you/your spouse/this child ever</i> Menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berkaitan AIDS, masalah berkaitan AIDS, atau sebarang keadaan lain berkaitan AIDS; atau diberitahu menghidapinya; ATAU menjalani ujian HIV (Sila nyatakan keputusan), ATAU dalam 3 bulan lalu mengalami mana-mana gejala berikut terus-menerus selama lebih seminggu: keletihan, kehilangan berat badan, cirit birit, nodus limfa bengkak atau lasak kulit yang luar biasa? <i>Received any medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related condition; or been told you had any of these; OR that you had HIV testing done (Please state result), OR in the last 3 months had any of the following symptoms for more than one week continuously, fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions?</i>	☐	☐

**PERAKUAN & KEBENARAN
DECLARATION & CONSENT**

Saya mengesahkan bahawa jawapan yang saya berikan di atas mengenai kanak-kanak yang dinamakan di atas adalah penuh, lengkap dan benar dan bersetuju bahawa ia akan menjadi sebahagian daripada sebarang polisi, dalam mana jawapan ini akan atau mungkin menjadi asas tindakan Syarikat.

Setelah membaca dan memahami kandungan borang ini, saya dengan ini seterusnya memberikan kebenaran kepada mana-mana pemeriksa perubatan yang dilantik oleh Syarikat atau makmal yang ditetapkan untuk menjalankan atau melakukan ujian darah dan/atau air kencing, seperti yang diperlukan untuk meluluskan permohonan perlindungan insurans ini. Ini boleh meliputi, tetapi tidak terhad kepada, ujian-ujian kolesterol dan lipid darah berkaitan, diabetes, masalah hepar atau buah pinggang, jangkitan virus AIDS, masalah daya tahan penyakit, atau kehadiran ubat, dadah, nikotin atau metabolitnya.

Dengan syarat bahawa, kecuali kebenaran saya diperolehi terlebih dahulu, Syarikat pada setiap masa hendaklah merahsiakan segala keputusan ujian sedemikian dan hanya menggunakannya untuk tujuan permohonan ini atau permohonan insurans selanjutnya daripada Syarikat, melainkan jika perlu dimaklumkan mengikut kehendak Persatuan Insurans Hayat Malaysia, mana-mana Pihak Berkuasa Kerajaan atau oleh Undang-undang dan dengan syarat selanjutnya bahawa Syarikat hendaklah sentiasa berhati-hati dalam menjalankan sebarang ujian sedemikian, tetapi tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kejadian, tindakan atau kegagalan di luar jangkaan, melainkan Syarikat telah melakukan kecauan.

Saya dengan ini, seterusnya membenarkan mana-mana doktor, hospital, klinik, syarikat insurans atau pertubuhan, institusi atau orang lain yang mempunyai rekod atau pengetahuan mengenai kanak-kanak yang dinamakan di atas atau kesihatannya, untuk memaklumkan kepada Syarikat atau wakilnya sebarang dan segala maklumat mengenai kanak-kanak tersebut berkaitan dengan kesihatan dan sejarah perubatannya, dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan, penyakit atau kesakitan. Salinan fotostat kebenaran ini hendaklah dianggap sah dan sama seperti yang asal.

I confirm that the above answers given by me regarding the above named child are full, complete and true and agreed that they shall form part of any policy, where these answers are or may be, relied upon the Company.

Having read and understood the contents hereof, I also hereby authorize any of the Company's appointed medical examiners or designated laboratories to conduct or perform blood and/or urine tests, as may be necessary to underwrite this application for Insurance coverage. These may include, but are not limited to, tests for cholesterol and related blood lipids, diabetes, liver or kidney disorders, infection by the AIDS virus, immune disorders or the presence of medication, drugs, nicotine or their metabolites.

Provided that, unless my prior consent has been obtained, the Company shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purpose of this application or further application for insurance with the Company except to such an extent that disclosure is required by the Life Insurance Association of Malaysia, any proper Government Authority or by Law and further provide that the Company shall use all care in carrying out any such test, but shall not be liable for any unforeseen occurrences, act or omission, unless the Company has been negligent.

I hereby further authorize any physician, hospital, clinic, insurance company or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of the above named child or child's health, to disclose to the Company or its representative any and all information about the child with reference to the child's health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. A Photostat copy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

Bertarikh pada _____ haribulan _____ 20 _____ di _____
Dated this _____ on _____ at _____

Disaksikan oleh
Witnessed by

Pemeriksa Perubatan
Medical Examiner

Tandatangan atau Cap Jari anak
Signature or Thumb print of child

Tandatangan Ibu Bapa/Penjaga Yang Sah
Signature of child's Parents/Legal Guardian

Nama _____
Name _____

No. KP _____
NRIC No. _____

LAPORAN SULIT OLEH PEMERIKSA PERUBATAN MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT

5. Pemeriksaan fizikal
Physical Examination

KETINGGIAN (sm) HEIGHT (cm)	BERAT BADAN (kg) WEIGHT(kg)

KETAJAMAN PENGLIHATAN VISUAL ACUITY	Mata Kiri Left Eye	Mata Kanan Right Eye
BELUM DIBETULKAN (UNCORRECTED)		
DIBETULKAN (CORRECTED)		

6. Selepas pemeriksaan rapi dan meneliti sejarahnya, adakah tuan/puan menemui sebarang bukti penyakit atau masalah lama atau sekarang, meliputi <i>After careful examination and history taking, do you find any evidence of past or present disease or abnormality of</i> a. Otak atau sistem saraf sampingan (termasuk refleks, cara jalan, keadaan spastik, lumpuh) <i>Brain or peripheral nervous system (including reflexes, gait, spasticity, paralysis)</i> b. Sistem kardiovaskular (Sila nyatakan kehadiran atau ketiadaan sianosis, jari belantan dan huraikan secara terperinci deruan jantung, jika ada). Sila nyatakan diagnosis gangguan kardiovaskular yang dikesan, jika boleh. <i>Cardiovascular system (Please state presence or absence of cyanosis, clubbing and describe murmur in detail if any). Kindly indicate diagnosis or cardiovascular abnormalities detected if possible.</i> c. Sistem Pernafasan <i>Respiratory System</i> d. Sistem Gastrosus <i>Gastrointestinal System</i> e. Sistem Urogenital <i>Urogenital System</i> f. Masalah darah <i>Blood disorders</i> g. Masalah endokrin <i>Endocrine disorders</i> h. Arthritis, otot rangka, tisu perantara atau kulit <i>Arthritis, musculoskeletal, connective tissue or disorders of the skin</i> i. Telinga, Hidung, Kerongkong dan Mata <i>Ears, Nose, Throat or Eyes</i> j. Sistem Limfatik <i>Lymphatic system</i> k. Tanda pengenalan terdapat pada badan <i>Identification marks present on body</i> l. Sebarang kecacatan fizikal atau gangguan mental <i>Any physical deformities or mental disorder</i>	Ya Yes	Tidak No	Butir-butir jawapan "Ya". (NYATAKAN NOMBOR SOALAN DAN BULATKAN PERKARA BERKENAAN. Sertakan diagnosis, tarikh, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor dan pusat perubatan yang memeriksanya). <i>Details of "Yes" answers. (IDENTIFY QUESTION NUMBER AND CIRCLE APPLICABLE ITEMS. Include diagnosis, dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities).</i>
7. ANALISIS AIR KENCING (Perlu dibuat hanya untuk kanak-kanak berusia antara 10 hingga 16 tahun atau sekiranya mempunyai sejarah penyakit buah pinggang). <i>URINALYSIS (To be carried out only for children between 10 to 16 years or if there is history of renal disease).</i> Graviti Spesifik _____ Darah _____ <i>Specific Gravity Blood</i> Gula _____ Albumin _____ <i>Sugar Albumin</i>			

8. Adakah tuan/puan menyedari sebarang ciri kurang baik yang mungkin menjejaskan jangka hayat?
Are you aware of any unfavourable features likely to affect his/her longevity?

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| a. Dalam sejarah peribadi kanak-kanak
<i>In the personal history of the child</i> | ☐ | ☐ | |
| b. Didedahkan oleh pemeriksaan tuan/puan
<i>Disclosed by your medical examination</i> | ☐ | ☐ | |

c. Adakah sebarang ujian atau laporan lanjutan disyorkan <i>Would you recommend any additional test or report</i> d. Adakah kanak-kanak di atas mempunyai risiko menghidap AIDS lebih tinggi daripada biasa? <i>Do you consider the above child a higher than average risk for AIDS?</i>	☐ ☐ ☐ ☐
9. Apakah tanggapan umum tuan/puan mengenai kanak-kanak ini selepas menjalankan pemeriksaan? Sila kenal pasti sama ada kanak-kanak ini kelihatan mendapat cukup khasiat dan berada dalam keadaan sihat. <i>What is your general impression of the child after completing your examination? Please clarify if this child appears well-nourished and is in good health.</i>	
10. Sila nyatakan apa-apa yang tuan/puan temui atau perhatikan tetapi tidak dinyatakan di atas yang mungkin mempengaruhi risiko Insurans atau jangka hayat dalam kes ini. <i>Please state anything discovered or observed by you that has not been set forth above which may influence the Insurance risk or longevity in this case.</i>	

**PERAKUAN
DECLARATION**

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah menjalankan pemeriksaan ini secara sulit di _____
I hereby certify that I have made this examination in private at

pada _____ haribulan _____ 20 _____ pada jam _____ pg/ptg/mlm.
on the _____ day of _____ at _____ am/pm.

Nama Pemeriksa _____
Name of Examiner

Tandatangan Pemeriksa _____
Signature of Examiner

No. Kod Pemeriksa _____
Examiner's Code Number

No. KP _____
NRIC No.

Cop Klinik _____
Clinic Rubber Stamp

DOKTOR – SILA SEMAK LAPORAN SUPAYA TIADA PERKARA YANG TERTINGGAL
DOCTOR – PLEASE CHECK YOUR REPORT FOR OMISSIONS