



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 Keadaan Kesihatan Mental *Mental Health Condition Questionnaire*

(Termasuk kebimbangan, tekanan, kemurungan, somatoform dan gangguan personaliti.)
(*Include anxiety, stress, depression, somatoform and personality disorders.*)

No. Permohonan:

Application No.: _____

Nama Penuh:

Full Name: _____

- 1) Dari keadaan kesihatan mental yang manakah anda deritai? Jika boleh, sila berikan istilah perubatan sebagaimana yang didiagnosis oleh profesional kesihatan yang merawat anda.
From which mental health condition(s) did you suffer? Where possible, please give the medical term as diagnosed by your treating health professional.
-

- 2) Jika anda belum diberi diagnosis yang tepat, apakah gejala anda?
If you have not been given a practise diagnosis/diagnoses, what are/were your symptoms?
-

- 3) Bilakah anda mula berunding dengan doktor mengenai keadaan atau gejala ini?
When did you first consult a doctor about this/these condition(s) or symptoms?
-

- 4) Bilakah kali terakhir anda berjumpa doktor mengenai keadaan atau gejala ini?
When did you last consult a doctor about this/these condition(s) or symptoms?
-

- 5) Berapa kalikah anda berjumpa doktor anda, untuk apa-apa sebab, dalam tempoh 12 bulan yang lepas?
How many times have you seen your doctor, for any reason, in the last 12 months?
-

- 6) Adakah anda kini pulih sepenuhnya? / *Are you now fully recovered?*
Jika YA, sila nyatakan sejak bila. / *If YES, please advise since when.*

Ya
Yes

Tidak
No

Jika TIDAK, sila berikan butiran lengkap sebarang gejala berbaki. / *If NO, please provide full details of any residual symptoms.*

- | | Ya
Yes | Tidak
No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7) Adakah terdapat lebih daripada satu episod? / <i>Has there been more than one episode?</i> Jika YA, sila komen mengenai tarikh dan tempoh setiap episod. <i>If YES, please comment on date and duration of each episode.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8) Adakah anda sedar apa-apa faktor atau keadaan yang mencetuskan atau memburukkan lagi gejala-gejala anda? Jika YA, sila berikan butiran. <i>Are you aware of any factor or situation which triggers or exacerbates your symptoms?</i> <i>If YES, please provide details.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|
-

- 9) Sila berikan butiran rawatan anda, termasuk nama ubat-ubatan, dos dan kekerapan yang diambil:
Please provide details of your treatment, include names of medication, dosage and how often taken :
- a. Pada masa ini: / *Currently:*
-

b. Pada masa lalu: / *In the past:*

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10) Adakah anda pernah dikehendaki melakukan terapi elektrokonvulsif (ECT). <i>Have you ever required electroconvulsive therapy (ECT).</i> Jika YA, sila berikan tarikh-tarikh dan butiran. <i>If YES, please provide date(s) and details.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|
-

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11) Adakah anda pernah berjumpa psikiatri/pakar atau menjalani rawatan sebagai pesakit luar hospital? Jika YA, sila berikan butiran lengkap termasuk tarikh-tarikh dan nama psikiatri atau hospital. <i>Have you ever seen a psychiatrist/specialist or had treatment as a hospital outpatient?</i> <i>If YES, please provide full details including date(s) and name of psychiatrist or hospital.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|
-

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 12) Adakah anda pernah menjadi pesakit di hospital atau klinik? Jika YA, sila berikan butiran lengkap termasuk tarikh-tarikh dan nama hospital atau klinik. <i>Have you ever been an in-patient at a hospital or clinic?</i> <i>If YES, please provide full details including date(s) and name of hospital or clinic.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|
-

- 13) Sila berikan butiran masa tidak bekerja kerana keadaan anda. Termasuk tarikh dan tempoh setiap ketidakhadiran.
Please provide details of any time off work due to your condition(s). Include date and duration of each absence.
-

- | | Ya
Yes | Tidak
No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 14) Pernahkah anda mempunyai apa-apa pemikiran membunuh diri atau cuba membunuh diri? Jika YA, sila berikan butiran lengkap termasuk tarikh ia berlaku dan apa-apa rawatan susulan. <i>Have you ever had any suicidal thoughts or attempted suicide?</i> <i>If YES, please provide full details including the date when this occurred and any follow-up treatment.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

- 15) Sila berikan sebarang maklumat tambahan mengenai keadaan anda yang dirasakan akan membantu dalam memproses permohonan anda (seperti sejarah alkohol atau penyalahgunaan dadah, penyakit fizikal yang wujud, berat badan semasa dan/atau isu-isu tingkah laku).
Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your application (i.e. history of alcohol or drug abuse, co-existing physical illness, current weight and/or behavioural issues).
-

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.*