



**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 Penyakit Tiroid *Thyroid Disease Questionnaire*

---

No. Permohonan:  
*Application No.:* \_\_\_\_\_

Nama Penuh:  
*Full Name:* \_\_\_\_\_

1) Bilakah mulanya anda mengalami masalah tiroid? / *When did you first have the thyroid problem?*

---

2) Apakah diagnosis tepat oleh doktor (contohnya hipertiroidisme, hipotiroidisme, tiroditis, goiter, myxedema, tumor tiroid dan lain-lain)?  
*How did the doctor define the disease (e.g. hyperthyroidism, hypothyroidism, thyroiditis, goitre, myxedema, thyroid tumour etc)?*

---

3) Jenis rawatan yang diterima (contohnya ubat-ubatan, iodin radio, pembedahan dan lain-lain?) Sila beri keterangan lanjut dan tarikh.  
*What treatment did you receive (e.g. drugs, radio iodine, surgery etc)? Please give full particulars and dates.*

---

|                                                                                                                                                         |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                         | Ya<br>Yes                | Tidak<br>No              |
| 4) Adakah anda masih di dalam rawatan? Jika tidak, bilakah rawatan dihentikan?<br><i>Are you still on treatment? If no, when did treatment stopped?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5) Pernahkah pembedahan dilakukan? Jika ya, sila nyatakan tarikh pembedahan dan berikan nama dan alamat doktor yang merawat anda.<br><i>Was any surgery done? If yes, please state date of surgery and provide name and address of doctor that performed the surgery.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

---

6) Jika pembedahan tidak dilakukan, adakah sebarang doktor mencadangkannya?  
*If surgery was not done, did any doctor recommend it?*

---

7) Keadaan sekarang:- / *Present state:-*

a. Jika sembuh sepenuhnya, sejak bila? / *If fully recovered, since when?*

---

b. Jika belum sembuh, sila beri penjelasan lanjut dan simptom-simptom.  
*If not fully recovered, please state full details and symptoms.*

---

8) Sila berikan keputusan ujian berikut yang terkini, jika ada. / *Please provide us the last tests result of the following if carried out.*

|                                                       | Tarikh / Date | Keputusan / Result |
|-------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| a) Ujian Fungsi Tiroid / <i>Thyroid Function Test</i> | _____         | _____              |
| b) Imbas Tiroid / <i>Thyroid Scan</i>                 | _____         | _____              |
| c) Biopsi / <i>Biopsy</i>                             | _____         | _____              |
| d) Lain-lain / <i>Others</i>                          | _____         | _____              |

9) Adakah anda diberitahu oleh sebarang doktor tentang malignansi (barah)?  
*Have you been informed by any doctor of malignancy (cancer)?*

---

10) Nama dan alamat doktor yang merawat anda. / *Name and address of your attending physician(s).*

---

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.*