

## PENGAKUAN KESIHATAN

<b>No Polisi :</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	<b>Adakah anda membuat bayaran bagi permohonan ini? (Ya / Tidak) dan jumlahnya jika ada RM _____</b> (Termasuk `GST` jika ada)
--	---

**Nota Penting:**

1. Mengikut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda dikehendaki menjawab semua soalan-soalan dan pengakuan-pengakuan di dalam permohonan ini, dan kesemua jawapan-jawapan dan pengakuan-pengakuan ini mestilah tepat dan lengkap.
2. Anda hendaklah memberitahu Etiqa Life Insurance Berhad secara bertulis jika terdapat perubahan pada mana-mana jawapan-jawapan atau pengakuan- pengakuan yang diperlukan di dalam permohonan ini, sebelum tarikh pengeluaran/pengaktifan/perubahan polisi ini.
3. Penerimaan cadangan anda adalah tertakluk kepada penilaian pengunderaitan. Perlindungan akan bermula selepas sijil dikeluarkan/diaktifkan/diubahkan.
4. Dalam borang cadangan ini, kecuali jika konteks ini dinyatakan sebaliknya, perkataan "Saya/Kami, Anda/Kami," bermaksud Orang Yang Diinsuranskan / Pemilik Polisi yang mana berkenaan.

A. MAKLUMAT PERIBADI	ORANG YANG DIINSURANSKAN	PEMILIK POLISI
Nama Penuh ( seperti di dalam K.P)		
Pekerjaan (Butir-butir tugas) :		
Industri :		
Ketinggian & Berat Badan	<div style="display: flex; gap: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></span> cm           <span style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></span> kg         </div>	<div style="display: flex; gap: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></span> cm           <span style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></span> kg         </div>

B. BUTIR-BUTIR KESIHATAN (Sila tanda <input checked="" type="checkbox"/> pada `YA` atau `TIDAK`) Kalau jawapan kepada soalan ini adalah `YA`, sila nyatakan nombor soalan dan butirannya di bahagian C.	ORANG YANG DIINSURANSKAN		PEMILIK POLISI	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1) Adakah anda merokok? Jika ya, berapa batang rokok yang anda hisap dalam sehari dan sudah berapa lamakah anda mula merokok? Orang Yang Diinsuranskan : _____ batang sehari, selama _____ tahun Pemilik Polisi : _____ batang sehari, selama _____ tahun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Adakah anda pernah mengalami, didiagnosis, atau dirawat untuk penyakit/gangguan/keadaan secara langsung atau tidak langsung berkaitan dengan yang berikut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Kanser, ketumbuhan, sista, benjolan tidak normal/tumescaran/bengkak, leukemia melanoma atau limfoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jantung, saluran darah, limfa,kelenjar limfa (termasuk penyakit arteri koronari,serangan jantung, degup jantung tidak normal, hipertensi, kolesterol tinggi, strok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Darah (termasuk anemia, thalassemia, bilangan platelet rendah, masalah-masalah pendarahan atau sebarang gangguan darah)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Paru-paru (termasuk radang paru-paru, batuk kering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pundi hempedu, hati, perut, usus kecil, usus besar (termasuk hepatitis B atau C, najis berdarah, radang usus, penyakit Crohn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Otak, saraf (termasuk sawan, kekejangan, sawan babi, penyakit Parkinson, sklerosis berbilang, penyakit Alzheimer , lumpuh, menggigil luar kawalan, penyakit psikiatri, demensia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tiroid, pankreas, dan kelenjar endokrin (termasuk kencing manis, goiter, pankreatitis, gangguan hormon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Otot, tulang, sendi (termasuk gout, arthritis, sakit sendi, cakera tergelincir ,fizikal luar biasa, kehilangan anggota atau ketidakupayaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Buah pinggang, pundi, saluran kencing (termasuk kencing berdarah, paras gula tidak normal atau protein di dalam air kencing, batu karang dan prostat untuk lelaki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sistem Imun (termasuk SLE - Lupus Eritematosus Sistemik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) HIV, AIDS, penyakit jangkitan seksual (termasuk herpes, sifilis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Bagi lelaki: penyakit prostat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



No. Polisi :  -

m) Bagi wanita: payudara, pangkal rahim, peranakan, ovari (termasuk kelenjar payudara, karsinoma in-situ, sista payudara atau ovari, fibroid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Semenjak 5 tahun yang lalu pernahkah anda menerima rawatan atau dinasihatkan untuk mendapatkan rawatan atau adakah anda berhasrat untuk menjalani mana-mana penyelidikan/ ujian saringan termasuk darah/ ujian air kencing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Adakah ketika ini anda sedang menerima/ memikirkan untuk mendapatkan mana-mana rawatan perubatan/ nasihat, atau 5 tahun yang lalu pernah dinasihatkan untuk atau dimasukkan ke hospital atau kemudahan perubatan atau pernah menjalani/ dinasihatkan untuk menjalani pembedahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Adakah sesiapa dikalangan ahli keluarga kandung terdekat anda, pernah mengalami atau meninggal dunia disebabkan oleh penyakit kencing manis, kanser, penyakit buah pinggang, strok atau sebarang penyakit keturunan sebelum umur enam puluh (60) tahun? Jika ya, sila berikan butiran terperinci diagnosis, umur mula diserang, umur semasa atau umur meninggal dunia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Pernahkah permohonan anda untuk memperbaharui atau pengembalian semula polisi insurans hayat atau kontrak Takaful Keluarga ditolak, ditangguh, atau tertakluk kepada terma-terma khas, sila beri butiran sepenuhnya.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Sekiranya anda memiliki insurans atau kontrak perubatan, kesihatan, hayat atau Takaful Keluarga dengan kami atau mana-mana syarikat insurans/ takaful, sila beri butiran sepenuhnya mengenai kesemua polisi/ kontrak yang masih aktif dan permohonan yang masih dalam proses. Jika ruangan tidak mencukupi, sila kepilkan lampiran dengan butiran sepenuhnya terhadap kesemua perlindungan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. Jika sebarang jawapan bagi soalan-soalan di atas adalah 'YA', sila nyatakan nombor soalan dan butirannya di bawah ini.**

ORANG YANG DIINSURANSKAN	PEMILIK POLISI

**PENGAKUAN / PEMBERIAN KUASA**

Sila baca dengan teliti sebelum menandatangani permohonan ini

- Saya/Kami menyedari bahawa saya/kami perlu menjawab semua soalan-soalan dan pengakuan-pengakuan di dalam permohonan ini, dan kesemua jawapan-jawapan adalah tepat dan lengkap. Saya/Kami bersetuju bahawa kegagalan menjawab soalan atau pengakuan, atau menjawab dengan salah soalan atau pengakuan, ia mungkin akan menyebabkan polisi dibatalkan, tuntutan tidak dibayar, atau kadar-kadar dan terma-terma polisi diubah.
- Saya/Kami bersetuju memberitahu Etiqa Life Insurance Berhad secara bertulis jika terdapat perubahan pada jawapan-jawapan atau pengakuan-pengakuan di dalam permohonan ini, sebelum tarikh pengeluaran/pengaktifan/perubahan polisi ini. Saya/Kami bersetuju bahawa kegagalan memberitahu Etiqa Life Insurance Berhad sebarang perubahan tersebut, ia mungkin akan menyebabkan pembatalan polisil, tuntutan tidak dibayar, atau kadar-kadar dan terma-terma polisi diubah.
- Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami memahami bahawa jawapan saya/kami di dalam cadangan ini dan sebarang dokumen lain yang berkaitan telah dilengkapi oleh saya/kami di dalam sebarang laporan perubatan, soal selidik atau pindaan adalah bergantung kepada Etiqa Life Insurance Berhad dalam memutuskan sama ada untuk menerima permohonan saya/kami atau tidak.
- Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans/pengendali Takaful, institusi kewangan atau mana-mana pertubuhan atau syarikat atau orang yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami, kedudukan kewangan saya/kami atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada Etiqa Life Insurance Berhad atau wakil mana-mana atau semua maklumat tentang saya/kami dengan merujuk kepada sejarah saya/kami dan keluarga/atau kedudukan kewangan saya/kami dan/atau sejarah perubatan sebelum atau selepas kematian saya/kami. Saya/Kami bersetuju bahawa salinan atau faksimili pemberian kuasa ini hendaklah dianggap berkuatkuasa dan sah seperti yang asal dan terikat dengan sesiapa sahaja yang mengambil alih mana-mana hak undang-undang saya/kami.
- Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa perlindungan Insurans saya/kami yang dipohon hanya berkuat kuasa pada tarikh KONTRAK POLISI DIKELUARKAN/DIAKTIFKAN/DIUBAH oleh Etiqa Life Insurance Berhad dengan syarat bahawa permohonan ini telah diluluskan dan premium penuh awal telah diterima oleh Etiqa Life Insurance Berhad semasa hayat saya/kami dan sebelum atau pada tarikh permulaan perlindungan, tidak ada apa-apa perubahan untuk kesihatan saya/kami. Jika premium awal dibayar melalui cek, saya/kami faham bahawa perlindungan insurans hanya akan bermula selepas cek telah dijelaskan.

Tandatangan pada : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_ (Haribulan / Bulan / Tahun)

Tandatangan Orang Yang Diinsurankan

Nama : \_\_\_\_\_  
 No KP : \_\_\_\_\_  
 No. Tel : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_

Tandatangan Pemilik Polisi :

Nama : \_\_\_\_\_  
 No KP : \_\_\_\_\_  
 No. Tel : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_

Tandatangan Saksi :

Nama : \_\_\_\_\_  
 No KP : \_\_\_\_\_  
 No. Tel : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_

\*Saksi hendaklah sekurang-kurangnya berumur 18 tahun, waras dan penama tidak boleh menjadi saksi.

Penguatkuasaan semula tidak dibenarkan untuk polisi 'MAJOR MEDILIFE & MEDILIFE PLUS'

**Nota: Sebarang perubahan hendaklah ditandatangani oleh Orang yang Diinsurankan dan Pemilik Polisi.**