

Collection Station  
Stesen Kutipan

## Health Certificate / Sijil Kesihatan

Under Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, You are required to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by AIA Bhd. ("AIA") i.e. you should answer the questions fully and accurately / correctly. Please note that all the questions that are asked by AIA are relevant to Our decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / Di bawah Perenggan 5 Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, Anda dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh AIA Bhd. ("AIA"), iaitu anda hendaklah menjawab soalan tersebut dengan lengkap dan dengan tepat / betul. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan yang ditanya oleh AIA adalah berkaitan dengan keputusan AIA sama ada hendak menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai.

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 AIA fully and accurately / correctly such changes. / Jika terdapat sebarang perubahan pada jawapan yang diberikan dalam borang permohonan/ borang cadangan di antara masa penyerahan borang permohonan/borang cadangan dan masa kontrak dimeterai, Anda juga dikehendaki mendedahkan kepada AIA dengan sepenuhnya dan dengan tepat/betul mengenai perubahan tersebut.

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 AIA fully and accurately/correctly any other matters which You know to be relevant to AIA decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / Di samping menjawab soalan dalam borang cadangan dengan lengkap dan dengan tepat / betul, Anda juga dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk mendedahkan kepada AIA dengan sepenuhnya dan dengan tepat / betul mengenai apa-apa perkara lain yang Anda tahu sebagai berkaitan dengan keputusan AIA sama ada hendak menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai.

If You do not understand Your obligation / duty as stated above or if You need any further explanation, You can contact AIA or AIA's agent. / Jika Anda tidak memahami obligasi / kewajipan Anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika Anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, Anda boleh menghubungi AIA atau ejen AIA.



\* B Q 7 Q 6 Q 8 8 \*

Policy Number / Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agent Code / Kod Ejen

--	--	--	--	--	--

Agency Code / Kod Agensi

--	--	--	--	--	--

Dispatch Location / Lokasi Penghantaran

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agent Name / Nama Ejen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agency Name / Nama Agensi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agent Tel No. / No. Tel Ejen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name of Insured

Nama Insured

NRIC No.

No. KP

Application for  
Permohonan Untuk Reinstatement /

Placing of new policy

Pengembalian Semula /

Menempatkan polisi baru

 Changes

Pertukaran - Addition of Riders / Tambahan Riders

- Change in Plan / Sum Insured / Pertukaran dalam Pelan / Jumlah Diinsurankan

- Removal / Reduction in Ratings /

Penghapusan / Pengurangan dalam Pengadaran

Payment made /  
Bayaran dibuat

RM \_\_\_\_\_

## A. Information Concerning the Insured / Maklumat Berkaitan Insured

Name of Insured / Nama Insured

New NRIC No.

No. KP Baru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Old IC No.

No. KP Lama

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth

Tarikh Lahir

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DD/MM/YYYY

HH/BB/TTTT

Age

Umur

--	--	--	--	--	--

Sex

Jantina

 Male

Lelaki

 Female

Perempuan

Marital Status

Taraf Perkahwinan

 Single

Bujang

 Married

Berkahwin

 Widowed

Balu

 Divorced

Berceraai

Race

Bangsa

Height

Tinggi

--	--	--	--	--	--

cm

Weight

Berat

--	--	--	--	--	--

kg

Residential Address / Alamat Rumah

Office Address / Alamat Pejabat

Contact Tel No. / No. Tel

Residence

Rumah

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Office

Pejabat

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobile

Tel. Bimbit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail

E-mel

Occupation &amp; Exact Duties

Pekerjaan &amp; Tugas Sebenar

Name of Employer

Nama Majikan

Nature of Business

Jenis Perniagaan

Annual Earned Income (RM)

Pendapatan Tahunan (RM)

 < 25,000 25,000 - 35,999 36,000 - 50,999 51,000 - 75,999 76,000 - 99,999 100,000 - 149,999 150,000 - 200,000 > 200,000

## B. Information concerning the Policy Owner (if different from Insured) / Maklumat berkaitan Pemilik Polisi (jika lain daripada Insured)

Name of Insured / Policy Owner / Nama Insured / Pemilik Polisi

New NRIC No.

No. KP Baru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Old IC No.

No. KP Lama

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth

Tarikh Lahir

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DD/MM/YYYY

HH/BB/TTTT

Age

Umur

--	--	--	--	--	--

For Office Use  
Untuk Kegunaan Pejabat

<b>Sex</b> Jantina	<input type="checkbox"/> Male Lelaki	<input type="checkbox"/> Female Perempuan	<b>Marital Status</b> Taraf Perkahwinan	<input type="checkbox"/> Single Bujang	<input type="checkbox"/> Married Berkahwin	<input type="checkbox"/> Widowed Balu	<input type="checkbox"/> Divorced Bercerai
<b>Race</b> Bangsa				<b>Height</b> Tinggi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<b>Weight</b> Berat	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
<b>Residential Address / Alamat Rumah</b>				<b>Office Address / Alamat Pejabat</b>			
<b>Contact Tel No. / No. Tel</b>				<b>E-mail</b> E-mel			
Residence Rumah	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Office Pejabat	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Mobile Tel. Bimbit	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
<b>Annual Earned Income (RM)</b> Pendapatan Tahunan (RM)				<input type="checkbox"/> < 25,000	<input type="checkbox"/> 25,000 - 35,999	<input type="checkbox"/> 36,000 - 50,999	<input type="checkbox"/> 51,000 - 75,999
				<input type="checkbox"/> 76,000 - 99,999	<input type="checkbox"/> 100,000 - 149,999	<input type="checkbox"/> 150,000 - 200,000	<input type="checkbox"/> > 200,000

### C. Other Insurance Details / Lain-lain Butiran Insurans

Details of all insurance policies with AIA and other insurers on the life of the following persons: / Butir-butir semua polisi insurans dengan AIA dan syarikat-syarikat insurans lain atas hayat berikut:

- Insured (includes pending proposals, in-force policies or policies lapsed within the last 1 year) / Insured (termasuk cadangan yang belum diterima atau polisi yang masih berkuatkuasa atau polisi yang telah luput dalam masa 1 tahun lepas)
- Applicable for Juvenile Application only / Untuk Permohonan Juvenil Sahaja
  - Policy Owner / Pemilik Polisi
  - Parent (other than Policy Owner) / Ibumama (selain daripada Pemilik Polisi)
  - Siblings / Adik-beradik

Insured / Insured	Insuring Company Syarikat Insurans			Life/Critical Illness/Health/Accident Hayat/Penyakit Kritikal/Kesihatan/ Kemalangan	Sum Insured Jumlah Diinsuranskan (RM)	Year Issued Tahun Diterbitkan
Relationship to Insured Hubungan kepada Insured	Age Umur	Gender Jantina	Insuring Company Syarikat Insurans	Life/Critical Illness/Health/Accident Hayat/Penyakit Kritikal/Kesihatan/ Kemalangan	Sum Insured Jumlah Diinsuranskan (RM)	Year Issued Tahun Diterbitkan
Policy Owner / Pemilik Polisi						
Parent (Other than Policy Owner) / Ibumama (selain daripada Pemilik Polisi)						
Siblings / Adik-beradik						

### D. Information concerning Family Member(s) to be covered under family coverage

Maklumat berkenaan Ahli Keluarga yang akan dilindungi di bawah perlindungan keluarga

(a)	<b>Name of Spouse / Nama Suami/Isteri</b> (of the Policy Owner) / (kepada Pemilik Polisi)*				<b>NRIC No.</b> No. KP	<b>Sex</b> (M/F) Jantina (L/P)	<b>Date of Birth</b> (DD/MM/YYYY) Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT)	<b>Age</b> Umur
	<b>Occupation / Pekerjaan</b>	<b>Name &amp; address of Employer / Nama &amp; Alamat Majikan</b>			<b>Height / Tinggi</b>	<b>Weight / Berat</b>		
					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		
(b)	<b>Name of Children</b> Nama Anak	<b>IC/BC No.</b> No. KP/SL	<b>Sex</b> (M/F) Jantina (L/P)	<b>Date of Birth</b> (DD/MM/YYYY) Tarikh Lahir (HH/BB/TTTT)	<b>Age</b> Umur	<b>Height</b> Tinggi	<b>Weight</b> Berat	
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	

\*Please delete whichever not applicable / Sila potongkan yang mana tidak berkenaan.

### E. Health Details of Insured / Policy Owner / Family Members and/or Spouse

Butir-butir Kesihatan Insured / Pemilik Polisi / Ahli Keluarga dan/atau Suami/Isteri

Q1 - 10 must be answered for non-medical and medical applications

Soalan 1 - 10 hendaklah dijawab untuk permohonan bukan perubahan dan perubahan

	Insured Insured		Policy Owner (if other than Insured) Pemilik Polisi (jika lain dari Insured)		Family Members and/or Spouse Ahli Keluarga dan/ atau Suami/Isteri	
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak
1. (a) Do you now smoke cigarettes? If "yes", please state details below. Adakah kini anda merokok? Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir berikut.						
<b>Insured</b> <input type="text"/> cigs/day Insured <input type="text"/> rokok/hari	<b>Policy Owner</b> <input type="text"/> cigs/day Pemilik Polisi <input type="text"/> rokok/hari	<b>Spouse</b> <input type="text"/> cigs/day Suami/isteri <input type="text"/> rokok/hari				

E. Health Details of Insured / Policy Owner / Family Members and/or Spouse <i>Butir-butir Kesihatan Insured / Pemilik Polisi / Ahli Keluarga dan/atau Suami/Isteri</i> <b>Q1 - 10 must be answered for non-medical and medical applications</b> <i>Soalan 1 - 10 hendaklah dijawab untuk permohonan bukan perubatan dan perubatan</i>	Insured <i>Insured</i>		Policy Owner <i>(if other than Insured)</i> <i>Pemilik Polisi</i> <i>(jika lain dari Insured)</i>		Family Members <i>and/or Spouse</i> <i>Ahli Keluarga dan/</i> <i>atau Suami/Isteri</i>	
	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>
(b) Have you smoke any cigarettes in the past 12 months? / Adakah anda merokok dalam 12 bulan yang lepas? (c) Do you consume alcohol? If so, in what type (e.g. beer, brandy, whisky, wine) and number of glasses per week? Adakah anda mengambil alkohol? Jika ya, dalam jenis apa (contoh bir, brandi, wiski, wine) dan berapa gelas seminggu?	(b) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you engage in or intend to engage in any of the following: abseiling, aviation (other than as a passenger on a recognised airline), football (all codes), long-distance sailing, hand gliding, scuba diving, motor racing, parachuting, powerboat racing, mountaineering, martial arts or any other hazardous activity; or resided for more than three months in other than your present country or residence? / Adakah anda terlibat atau berhasrat untuk melibatkan diri dalam mana-mana kegiatan yang berikut: abseiling, penerbangan (selain daripada sebagai penumpang berbayar dalam penerbangan yang diiktiraf), bola sepak (kesemua kod), belayar jarak jauh, luncur udara, selam skuba, perlumbaan motor, payung terjun, perlumbaan motor bot, mendaki gunung, seni mempertahankan diri atau apa-apa aktiviti berbahaya yang lain; atau menetap lebih dari tiga bulan selain dari negara atau kediaman sekarang?	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has any application for or reinstatement of life, group, credit, critical illness, health or accident insurance ever been declined, postponed, rated or in any way modified? / Pernahkah sebarang permohonan atau pengembalian insurans hayat, kumpulan, kredit, penyakit kritikal, kesihatan atau kemalangan anda ditolak, ditangguh, ditafsir atau diubahsuai dalam apa-apa cara?	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you experienced any change in weight in excess of 5kg in the last 12 months? If "Yes", please give exact amount and reason. / Adakah anda mengalami perubahan berat badan melebihi 5kg dalam 12 bulan yang lepas? Jika "Ya", sila berikan jumlah yang tepat dan sebab.	4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have any of your natural parents, brothers or sisters suffered or died from cancer, heart diseases, stroke, high blood pressure, diabetes, kidney diseases, mental disorder or any hereditary diseases? / Pernahkah sesiapa di antara ibu bapa, adik beradik lelaki atau perempuan anda menghidap atau mati akibat kanser, penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit buah pinggang, gangguan mental atau sebarang penyakit keturunan?	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever had or been told you had or been treated for: / Pernahkah anda menghidap atau diberitahu bahawa anda pernah menghidap atau pernah dirawat akibat: (a) Nosebleeds, double vision, deafness, blindness, diseases of eyes, nose, ears, throat or vocal cords, alcoholism, drug habits or used habit forming drugs, physical defects? / Hidung berdarah, penglihatan berganda, pekak, buta, penyakit atau gangguan mata, hidung, telinga, tekak atau pita suara, alkoholisma, ketagihan dadah, kecacatan fizikal? (b) Asthma, bronchitis, tuberculosis, respiratory disorders or other lung disease, goiter, thyroid or endocrine system disorders? / Asma, bronkitis, tuberkulosis/batuk kering, gangguan pernafasan atau penyakit paru-paru yang lain, goiter, tiroid atau gangguan sistem endokrin? (c) Discomfort or tightness of chest, chest pain, palpitation, heart attack, raised cholesterol, high blood pressure, anemia or disorders or diseases of the blood, heart or blood vessels? / Ketidakelesaan atau sesak dada, sakit dada, palpitasi, serangan jantung, kolestrol meningkat, tekanan darah tinggi, anemia atau gangguan atau penyakit darah, jantung atau saluran darah? (d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, haemorrhoids or other disorders or diseases of the stomach, intestines, liver or gallbladder? / Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu? (e) Diabetes, sugar albumin, blood or pus cells in the urine, kidney stones or other disorders of the genitourinary system? / Kencing manis, gula albumin, darah atau sel nanah dalam air kencing, batu karang atau lain-lain gangguan sistem genitourinari? (f) Arthritis, gout, prolapsed intervertebral disc, rheumatism, or disorders of the spine, back, joints, bones or muscles? / Arthritis, gout, prolaps piring intervertebral, reumatisma, atau gangguan tulang belakang, belakang, sendi, tulang atau otot? (g) Fits, epilepsy, stroke, fainting spells, paralysis, mental or nervous disorders, abnormalities of the brain or nervous system? / Sawan, epilepsi, strok, pingsan, gangguan mental atau saraf, ketidaknormalan otak atau sistem saraf? (h) Severe skin infections, butterfly-like facial rash, enlarged lymph glands, cyst, tumors, lumps, abnormal swelling or cancers? / Jangkitan kulit yang teruk, ruam muka seperti kupu-kupu, kelenjar limfa membesar, sista, tumor, ketulan, bengkak tidak normal atau kanser?	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you or your spouse EVER had or been told to have, received any medical advice, counseling or treatment in connection with sexually transmitted disease, AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related condition or a positive blood test for antibodies to the AIDS virus (HIV) or at anytime in the past 3 months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? / Pernahkah anda atau suami / isteri anda pernah menghidapi atau diberitahu menghidapi, menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan penyakit jangkitan seks, AIDS, Kompleks Berkaitan AIDS atau lain-lain keadaan berkaitan AIDS atau ujian darah positif bagi antibodi terhadap virus AIDS (HIV) atau pada bila-bila masa dalam 3 bulan yang lepas mengalami sebarang simptom berikut selama lebih satu minggu secara berterusan: kelesuan, hilang berat badan, cirit-birit, nodus limfa membesar atau lesion/luka kulit yang luar biasa?	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In the PAST FIVE YEARS, have you had any: / Dalam LIMA TAHUN YANG LEPAS, adakah anda mengalami sebarang: (a) Operation not stated in any previous questions? / Pembedahan yang tidak disebut di sebarang soalan sebelum ini? (b) Illness, medical advice, hospital treatment, accident or injury not stated in any previous questions? / Penyakit, nasihat perubatan, rawatan hospital, kemalangan atau kecederaan yang tidak disebut di sebarang soalan sebelum ini? (c) Physical check-up or tests done, including but not limited to CT/MRI scan, x-ray, mammography, electrocardiogram, ultrasonogram, echocardiogram, biopsy, blood or urine test? / Pemeriksaan fizikal atau menjalani ujian, termasuk tetapi tidak terhad kepada imbasan CT/MRI, x-ray, mammografi, elektrokardiogram, ultrasonogram, ekokardiogram, biopsi, ujian darah atau air kencing?	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. FEMALE ONLY / WANITA SAHAJA (a) Are you presently pregnant? If yes, how many months? Adakah anda mengandung sekarang? Jika ya, berapa bulan? <input type="text"/> <input type="text"/> (b) Have you suffered from any breast cysts? / Pernahkah anda menghidap sebarang sista payudara? (c) Have you suffered from any disorders of the breasts, disorders of female organs, stillbirth, complications at childbirth, abnormal papsmear(s) or irregular menses? / Pernahkah anda menghidap sebarang gangguan pada payudara, gangguan pada organ wanita, kematian bayi sewaktu lahir, komplikasi ketika melahirkan, papsmear tidak normal atau kedatangan haid tidak tetap?	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>E. Health Details of Insured / Policy Owner / Family Members and/or Spouse</b> <i>Butir-butir Kesihatan Insured / Pemilik Polisi / Ahli Keluarga dan/atau Suami/Isteri</i> <b>Q1 - 10 must be answered for non-medical and medical applications</b> <i>Soalan 4 - 10 hendaklah dijawab untuk permohonan bukan perubahan dan perubahan</i>	Insured <i>Insured</i>		Policy Owner <i>(if other than Insured)</i> <i>Pemilik Polisi</i> <i>(jika lain dari Insured)</i>		Family Members <i>and/or Spouse</i> <i>Ahli Keluarga dan/</i> <i>atau Suami/Isteri</i>	
	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>	Yes <i>Ya</i>	No <i>Tidak</i>
10. Have you ever suffered symptoms of or had any other illness, disease or disorder which is not disclosed above? / <i>Pernahkah anda menghidapi tanda-tanda atau mempunyai sebarang penyakit atau gangguan lain yang tidak dinyatakan di atas?</i>	10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. If any answer to the questions 1 to 10 is "YES", please provide full particulars below (diagnosis, dates, names and addresses of attending doctors or medical facilities, conditions or symptoms present, length of time symptom free), noting the question number and the covered individual (Insured/Applicant-Owner/Spouse/Covered Dependent) / <i>Jika ada di antara jawapan bagi soalan 1 ke 10 adalah "YA", sila berikan keterangan penuh di bawah (diagnosis, tarikh, nama dan alamat doktor yang merawat atau kemudahan perubatan, keadaan atau simptom sekarang, jarak masa bebas simptom) dengan menyatakan nombor soalan dan individu yang dilindungi (Insured/Pemohon-Pemilik/Suami atau Isteri/Tanggung yang Dilindungi)</i>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>					