



Archipelago Insurance Limited [A General Insurer Licensed by Labuan FSA] Co. No. LL09355 | Licence No. IS2013136

Registered Office Address :
Unit 3A-25, U0350, 3rd Floor,
Labuan Times Square, Jalan Merdeka,
87007 Labuan F.T., Malaysia.

Co-located Office :
B-08-06, Gateway Corporate Suites,
Gateway Kiaramas, No.1 Jalan Desa Kiara,
Mont Kiara, 50480 Kuala Lumpur, Malaysia.

Phone : +6 (03) 6201 0491
Fax : +6 (03) 6201 0481
Email : info@archipelagold.com
URL : www.archipelagold.com

MEDISAVERS TAKAFUL ACCIDENT QUESTIONNAIRE

SOAL SELIDIK UNTUK PEMOHON KEMALANGAN

To be completed by the Proposer

Untuk diisi oleh Pencadang

Name of Proposer / Nama Pencadang:

NRIC Number of Proposer / Nombor Kad Pengenalan Pencadang:

Name of Person to be Covered / Nama Orang yang akan Dilindungi:

NRIC Number of Person to be Covered / Nombor Kad Pengenalan Orang yang akan Dilindungi:

1. When did the accident take place?
Bilakah kemalangan berlaku?

2. How did you sustained injury?
Bagaimanakah anda mengalami kecederaan?

3. Describe the injuries sustained and on which part of the body?
Huraikan kecederaan yang dialami dan di bahagian badan yang mana?

4. Have you had any headaches, dizziness or fainting spells since? If "Yes", please give details.
Pernahkah anda mengalami sakit kepala, pening kepala atau pengsan sejak kemalangan tersebut? Jika "Ya", sila berikan maklumat lanjut.

5. Were you unconscious and if so for how long did you experience it?
Adakah anda tidak sedarkan diri? Jika "Ya", sudah berapa lamakah anda mengalaminya?

6. What kind of treatment have you received?
Please give full particulars and dates.
*Apakah jenis rawatan telah anda terima?
Sila berikan tarikh dan maklumat lanjut.*

7. Any operation done for the injury? If "Yes", please give date and on which part of the body
Adakah pembedahan dibuat bagi kecederaan tersebut? Jika "Ya", sila berikan tarikh dan bahagian badan berkaitan.
-
8. Any internal fixations done for the injury? If "Yes", were you informed by the doctor that they are to be removed in future?
Adakah penetapan dalaman telah dibuat untuk kecederaan ini? Jika "Ya", adakah anda dimaklumkan oleh doktor bahawa ia akan dikeluarkan pada masa akan datang?
-
9. Any injury to the inner or deeper organ? If "Yes", please give details.
Adakah kecederaan dialami pada organ dalaman? Jika "Ya", sila berikan maklumat lanjut.
-
10. Has the accident left you with any deformity? e.g. limping etc.
Adakah kemalangan itu meninggalkan apa-apa kecacatan kepada anda? Contohnya, kaki tempang dan lain-lain.
-
11. When will be the next follow-up?
Bilakah susulan yang seterusnya?
-
12. Have you fully recovered? If "No", please give details.
Adakah anda telah pulih sepenuhnya? Jika "Tidak", sila berikan maklumat lanjut.
-
13. Additional remarks, if any.
Jika ada kenyataan tambahan.
-

I/We declare that the answers I/We have given are, to the best of my/our knowledge, true and that I/We have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this proposal.

I/We agree that this form will constitute part of my proposal for medical and health takaful and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.

Saya / Kami mengaku bahawa jawapan yang saya / kami berikan adalah benar, sepanjang pengetahuan saya / kami, dan saya / kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin akan mempengaruhi penilaian atau penerimaan cadangan ini.

Saya / Kami bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian dari borang cadangan untuk takaful perubatan dan kesihatan dan kegagalan untuk mendedahkan mana-mana fakta penting yang saya/ kami ketahui berkemungkinan mengakibatkan pembatalan perjanjian.

Date / Tarikh

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang

