



Agent Code : \_\_\_\_\_  
 Unit/Agency : \_\_\_\_\_  
 Service Center : \_\_\_\_\_  
 Ref. No. : \_\_\_\_\_

## REINSTATEMENT APPLICATION FORM

Policy No.: \_\_\_\_\_ Life Insured: \_\_\_\_\_

STATEMENT PURSUANT TO S 149(4) OF THE INSURANCE ACT, 1996 - You are to disclose in this application form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the reinstatement of this policy may be null and void.

**Note: This Reinstatement Application Form is intended for policies with a lapse period of 6 months or less. For a lapse period of more than 6 months, but less than or equal to 2 years, please contact us for the necessary requirements.**

Please answer ALL the questions below:	Life Insured		Proposer	
	Yes	No	Yes	No
a. Are you currently suffering from any illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Have you changed your occupation in the past 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Have you since your last application with ING Insurance Berhad, suffered any illness, disease or accident for which you have consulted or been examined by a physician?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. For female applicants only:				
i) Are you pregnant? If so, please confirm months of pregnancy: _____ months.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii) Have you ever had a normal delivery, miscarriage or caesarean section?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, please state date _____				

NOTE: If the answer to any of the question is 'Yes', please describe nature of illness or change in occupation. If the answer for question d (ii) is 'Yes', reinstatement can only be considered after one month from date of caesarean / miscarriage / normal delivery.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I/We hereby declare that the above is true and correct and I/We agree that the same shall constitute the basis of the contract between the Company and myself, and that any untrue or inaccurate statement shall render this policy void. I/We agree that the policy shall not be considered as reinstated until this application is approved by the Company during my lifetime.

I/We further agree that if the policy be reinstated, the Incontestability/Indisputability Clause and Suicide Provisions thereof shall be, so modified as to take effect from the date of Company's approval of this application instead of from the issue date of the said policy.

I/We further agree that any request for reinstatement, change or addition of benefits shall not take effect by reason of any monies paid or on account of any receipt issued, until the request have been approved by an authorized officer of the Company.

Signed at \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)

Witnessed by \_\_\_\_\_

Name :

NRIC No. :

\_\_\_\_\_  
 Signature of Life Insured  
**(If Life Insured is age 16 years or above)**

Name :

NRIC No. :

**FOR OFFICE USE ONLY**

Approved by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature of Proposer  
**(If Life Insured is below age 16 years; or if payor benefits are purchased)**

Name :

NRIC No. :

Note: In the event of any discrepancy, the English version of this document shall prevail.

Kod Ajen	:	_____
Unit/Agensi	:	_____
Pusat Perkhidmatan	:	_____
No. Rujukan	:	_____

## BORANG PERMOHONAN PENGEMBALIAN SEMULA

No. Polisi: \_\_\_\_\_ Orang Diinsuranskan: \_\_\_\_\_

**PENYATAAN DI BAWAH S 149(4) AKTA INSURANS 1996** - anda diwajibkan untuk memberitahu dalam borang ini secara penuh dan benar segala fakta-fakta yang kamu tahu atau yang kamu patut tahu, jika tidak pengembalian semula polisi ini mungkin batal dan tidak sah.

**Nota: Borang Permohonan Pengembalian Semula ini adalah untuk digunakan untuk polisi yang luput selama 6 bulan atau kurang. Untuk polisi yang telah luput lebih dari 6 bulan tetapi kurang dari atau bersamaan 2 tahun, sila hubungi pihak kami untuk keperluan yang diperlukan.**

Sila jawab SEMUA soalan di bawah sini:	Orang Diinsuranskan		Pencadang	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
a. Adakah anda sekarang menghadapi sebarang penyakit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pernahkah anda menukar pekerjaan sepanjang 12 bulan yang lalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pernahkah anda selepas permohonan terakhir dengan ING Insurance Berhad, menghadapi sebarang kesakitan, penyakit atau terlibat dalam kemalangan untuk mana anda telah berjumpa atau mendapatkan rawatan dari sebarang doktor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Untuk pencadang wanita sahaja:				
i) Adakah anda hamil? Jika ya, sila nyatakan berapa bulan hamil: _____ bulan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii) Pernahkah anda melahirkan anak secara normal, mengalami keguguran atau menjalani pembedahan? Jika ya, sila nyatakan tarikh _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Jika jawapan kepada mana-mana soalan-soalan di atas adalah 'Ya', sila perihalkan jenis penyakit atau pertukaran pekerjaan. Jika jawapan untuk soalan d (ii) adalah 'Ya', pengembalian semula hanya akan dipertimbangkan selepas satu bulan dari tarikh pembedahan / keguguran / melahirkan anak secara normal.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dengan ini Saya/Kami mengesahkan bahawa perkara di atas adalah benar dan tepat dan Saya/Kami bersetuju perkara ini akan menjadi asas kepada kontrak di antara Syarikat dan diri saya, dan sebarang kenyataan yang tidak benar atau kenyataan yang salah akan menyebabkan polisi ini batal. Saya/Kami bersetuju bahawa polisi ini tidak dianggap telah dikembalikan semula sehingga permohonan ini telah diluluskan oleh Syarikat semasa hayat saya.

Seterusnya Saya/Kami bersetuju jika polisi ini telah dikembalikan semula, Fasal Ketidakbolehtanding/Ketakbolehtikaian dan Peruntukan Bunuh Diri dianggap diubahsuai berkuatkuasa dari tarikh Syarikat meluluskan permohonan ini dan bukan dari tarikh polisi ini dikeluarkan.

Saya/Kami seterusnya bersetuju bahawa apa-apa permohonan untuk pengembalian semula, pemindahan atau tambahan faedah tidak akan berkuatkuasa walaupun melalui pembayaran atau pengeluaran resit, sehingga permohonan tersebut diluluskan oleh pegawai yang disahkan oleh Syarikat.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ pada \_\_\_\_\_ (hh/bb/tt)

Disaksikan oleh \_\_\_\_\_

Nama :

No. K/P :

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Orang Diinsuranskan  
**(Jika Orang Diinsuranskan berumur 16 tahun ke atas)**

Nama :

No. K/P :

### UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

Diluluskan oleh:

Tarikh:

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pencadang  
**Jika Orang Diinsuranskan berumur bawah 16 tahun; atau faedah pembayar telah dibeli)**

Nama :

No. K/P :

Nota: Sekiranya ada sebarang perselisihan, versi Inggeris dokumen ini hendaklah dipakai.



Agent Code/Kod Agen: \_\_\_\_\_

Unit/Agency/Agensi: \_\_\_\_\_

Service Center/Pusat Perkhidmatan: \_\_\_\_\_

Ref. No./No. Rujukan: \_\_\_\_\_

## HEALTH CERTIFICATE PART I / SIJIL KESIHATAN BAHAGIAN I

APPLICATION FOR / PERMOHONAN UNTUK

 Reinstatement / Pengembalian Semula    
  Policy Changes / Pindaan Polisi    
  Others (please specify) / Lain-lain (sila nyatakan) \_\_\_\_\_

PART I / BAHAGIAN I: Declarations by the Proposer / Life Insured / Pengisytiharan oleh Pencadang / Orang Diinsuranskan

The Proposer / Life Insured must disclose all information requested below fully and faithfully, otherwise the reinstatement/change or addition of benefits may be null and void. Pencadang / Orang Diinsuranskan mestilah memberi semua keterangan yang diminta dibawah ini dengan sepenuhnya dan sebenarnya, jika tidak Pengembalian Semula / Tambahan Faedah mungkin akan batal atau tidak sah.

Policy No. / No. Polisi _____	Juvenile Life Insured (Below 16 Years) Juvenil Yang Diinsuranskan (Bawah 16 Tahun)	Life Insured / Payor (16 years and above) Orang Diinsuranskan /Pembayar (16 tahun ke atas)
1. A. Name in Full / Nama Penuh B. Current Age / Umur Sekarang	A. _____ B. _____ years / tahun	A. _____ B. _____ years / tahun
2. What is your present height / weight (without shoes)? Berapakah tinggi dan berat badan anda pada masa sekarang (tanpa kasut) ?	_____ cm / _____ kg	_____ cm / _____ kg
3. A. Present occupation and daily duties. Pekerjaan sekarang dan tugas seharian. B. Have you been absent from work by illness or accident for more than one week since application date of this policy? Pernahkah anda tidak hadir kerja lebih dari satu minggu semenjak dari tarikh permulaan polisi ini.	A. _____ <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	A. _____ <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
4. Have stayed for more than 1 month in a country different from where you live at present or are you a member of any military force, or past five years, have you engaged or contemplate to engage in any private flying or hazardous sports or races? Pernahkah anda tinggal lebih dari 1 bulan di negara yang berlainan daripada negara yang anda tinggal pada masa sekarang, atau adakah anda seorang anggota tentera, atau pada jangka masa lima tahun yang lepas adakah anda terlibat atau berhasrat mengambil bahagian dalam penerbangan persendirian atau jenis sukan yang merbahaya?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
5. Has any application or reinstatement of life insured or accident insurance ever been declined, postponed, rated or in any way modified; or is any application in this or other company pending? If yes, state the particulars. Pernahkah sebarang permohonan atau pengembalian semula insurans hayat atau insurans kemalangan ditolak, ditunda, ditambah kadar atau diubahsuai; atau pernahkah permohonan ditangguh oleh Syarikat ini atau mana-mana Syarikat yang lain? Jika ya, sila nyatakan.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
6. A. Do you drink beer, wine or spirits? If so in what form and quantity? Adakah anda minum bir, wain atau alkohol? Jika ya, jenis apa dan berapa banyak? B. Have you ever used regularly any habit-forming drugs or narcotics or used alcohol excessively? Pernahkah anda mengambil sebarang dadah yang boleh menyebabkan ketagihan atau narkotik atau alkohol secara berlebihan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
7. Have you had or been told you had or been treated for diabetes, sugar in the urine, kidney disease, rheumatic fever, disorder of the heart, high blood pressure, lung disease, ulcer, disorder of the digestive tract, epilepsy, mental or nervous disorder, venereal disease, disorder defect or injury? If yes, please give details. Pernahkah anda menghidap atau diberitahu atau dirawat kerana kencing manis, gula dalam kencing, penyakit buah pinggang, demam rheumatik, gangguan jantung, darah tinggi, penyakit paru-paru, ulcer, gangguan saluran pemakanan, epilepsi, penyakit mental atau gangguan urat saraf, penyakit kelamin, bisul, ketumbuhan, kanser atau penyakit lain, gangguan kecacatan atau kecederaan? Jika ya, sila nyatakan butir-butirnya.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

Note / Nota: In the event of any discrepancy, the English version of this document shall prevail. Sekiranya ada sebarang perselisihan, versi Inggeris dokumen ini hendaklah dipakai.

ING Insurance Berhad (17007-P)

ING Service, Menara ING, 84 Jalan Raja Chulan, P.O. Box 10846, 50927 Kuala Lumpur, Malaysia. T: +603 2058 4838 F: +603 2162 5002

Toll Free 1 800 88 0303 www.ing.com.my

	Juvenile Life Insured (Below 16 Years) Juvenil Yang Diinsuranskan (Bawah 16 Tahun)	Life Insured / Payor (16 years and above) Orang Diinsuranskan /Pembayar (16 tahun ke atas)
8. (Female Applicant only) / (Untuk pencadang perempuan sahaja). Have you ever had a miscarriage or caesarean section? If yes, please state date, cause and whether normal delivery since. <i>Pernahkah anda keguguran atau menjalani pembedahan secara caesarian? Jika ya, nyatakan tarikh, sebab dan adakah melahirkan anak secara normal selepas itu.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____
9. A. Have you EVER had, sought consultation for, been tested or told that you have AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), ARC (AIDS Related Complex) or any immunological disorder? <i>Pernahkah anda mendapatkan rawatan, diuji atau diberitahu oleh doktor bahawa anda menghidap AIDS (Sindrom Kekurangan Daya Ketahanan), ARC (Kmpliks berkaitan dengan AIDS) atau sebarang gangguan imunologi?</i> B. Have you ever been refused as a blood donor or received any blood transfusions or blood products? <i>Pernahkah anda ditolak sebagai pendema darah atau menerima pemindahan darah atau sebarang darah yang lain.</i> C. Have you at anytime in the past three months, had any of the following symptoms for more than one week which is persistent and unexplained: fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernahkah anda dalam tiga bulan yang lalu mengalami simptom-simptom yang berulang dan tidak boleh diterangkan lebih dari satu minggu seperti berikut: kelesuan, kehilangan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau kulit berubah secara luar biasa?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Details of YES answers / <i>Butir-butir jawapan YA</i> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Details of YES answers / <i>Butir-butir jawapan YA</i> _____ _____ _____
In the PAST 5 YEARS, have you had any:- Dalam tempoh 5 TAHUN YANG LEPAS, pernahkah anda mengambil/menerima: - A. Diagnostic tests such as X-ray, electrocardiogram or blood study including blood test for AIDS and its related conditions? <i>Ujian diagnostic seperti X-ray, elektrokardiogram atau pemeriksaan darah termasuk ujian untuk mengesan AIDS atau keadaan yang bersabit dengannya.</i> B. Illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or physical check-up not mentioned above? <i>Mengalami sebarang penyakit, menjalani pembedahan, mendapat nasihat perubatan, menerima rawatan hospital atau pemeriksaan fizikal yang tidak dinyatakan di atas?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Details of YES answers / <i>Butir-butir jawapan YA</i> _____ _____	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Details of YES answers / <i>Butir-butir jawapan YA</i> _____ _____

I/WE HEREBY declare that I/WE have read the application or the same was interpreted to me and the answers entered in the application are mine and I/WE HEREBY CERTIFY on the behalf of myself and any person who may have or claim any interest in the said Policy, each of the above answers to be fully completed and true, and I/WE AGREE that they shall, with the following Agreements, be taken as the basis of the proposed reinstatement, change or addition. I/WE FURTHER AGREE that such reinstatement, change or addition shall not be considered as effected by reason of any money paid or settlement made in payment of, or on any premium, until this Certificate shall be duly approved by an authorized Officer of the Company. I/WE FURTHER AGREE that if my application for reinstatement, change or addition be accepted by the Company, the Incontestability and Suicide Provisions thereof shall be deemed and held to be so modified as to have effect from the approval date of such reinstatement, change or addition. I/WE FURTHER AGREE that any request for reinstatement, change or addition of benefits shall not take effect by reason of any monies paid or account of any receipt issued, until the request have been approved by an authorized officer of the Company.

*Dengan ini SAYA/KAMI MENGAKU telah membaca permohonan ini atau perkara yang sama telah diterjemahkan kepada saya dan jawapan yang diberi didalam permohonan ini adalah dari saya dan DENGAN INI SAYA/KAMI MENGESAHKAN bagi pihak saya dan pihak mereka yang mempunyai atau menuntut hak terhadap Polisi berkenaan, setiap jawapan diatas adalah lengkap dan benar, dan SAYA/KAMI BERSETUJU bahawa ianya, dengan Perjanjian yang berikut, diambilkira sebagai asas kepada pengembalian semula, pemindaan atau tambahan yang dicadangkan. SETERUSNYA SAYA/KAMI BERSETUJU bahawa pengembalian semula, pemindaan atau tambahan berkenaan tidak dianggap telah berkuatkuasa dengan sebab mana-mana pembayaran yang telah dibuat atau penjelasan didalam pembayaran yang telah dibuat, atau didalam mana-mana akaun premium, sehinggalah Sijil ini telah diluluskan oleh Pegawai Syarikat Yang Diberikuasa. SETERUSNYA SAYA/KAMI BERSETUJU jika permohonan untuk pengembalian semula, pemindaan atau tambahan diterima oleh Syarikat, Fasal Tidak Boleh Ditandingi dan Fasal Bunuh Diri dianggap dan diubahsuai berkuatkuasa dari tarikh permohonan pengembalian semula, pemindaan dan tambahan diluluskan. SAYA/KAMI SETERUSNYA bersetuju bahawa apa-apa permohonan untuk pengembalian semula, pemindaan atau tambahan faedah tidak akan berkuatkuasa walaupun melalui pembayaran atau pengeluaran resit, sehingga permohonan tersebut diluluskan oleh pegawai yang disahkan oleh Syarikat.*

Dated at / Bertarikh di \_\_\_\_\_ this / pada \_\_\_\_\_ day of / hari \_\_\_\_\_ year / tahun \_\_\_\_\_

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*

Name / *Nama* :

NRIC No. / *No. K/P* :

Signature of Life Insured / *Tandatangan Orang Diinsuranskan*

Name / *Nama* :

NRIC No. / *No. K/P* :

Signature of Proposer / *Tandatangan Pencadang*

Name / *Nama* :

NRIC No. / *No. K/P* :



Agent Code: _____
Unit/Agency: _____
Service Center: _____
Ref. No.: _____

**HEALTH CERTIFICATE PART II**

**PART II** (To be completed by authorised Medical Examiner when required under Company's rules).

1. Please confirm the answers given by the Applicant in Part I here from Questions 5 to 10. Do you find any discrepancies?  
 \_\_\_\_\_ . If so, please explain \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Applicant's present weight \_\_\_\_\_ height \_\_\_\_\_

2. Do you know of any impairment or anything in the habits, morals or environment of the Applicant, not given in Part I, that would make him/her an undesirable risk for insurance?  
 \_\_\_\_\_

3. Does inquiry or examination reveal any past or present disease of :  
 Circulatory System & Heart? \_\_\_\_\_  
 Respiratory System? \_\_\_\_\_  
 Brain or Nervous System? \_\_\_\_\_  
 Abdominal Organs? \_\_\_\_\_  
 Genito-urinary Organs? \_\_\_\_\_  
 Eyes, ear, skin or any part of the body? \_\_\_\_\_

4. Pulse per minute	Rate at rest	Intermissions	Number of Irregularities
5. Blood Pressure	Systolic	4th Phase	Diastolic 5th Phase
6. Urinalysis	Specific Gravity	Sugar	Albumin

7. Do you have any reason to believe that the Proposed Insured may be a higher than average risk for AIDS?  
 \_\_\_\_\_

8. Is appearance unhealthy? \_\_\_\_\_  
 In what way? \_\_\_\_\_

REMARKS: (Please give details of any positive findings and your comments on the risk.)  
 \_\_\_\_\_

I certify that I have made examination at \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_ am/pm.

For identification purposes applicant to sign name here \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Medical Examiner)  
 Address \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Applicant's Signature ) \_\_\_\_\_

Note: In the event of any discrepancy, the English version of this document shall prevail.

Kod Ajen: \_\_\_\_\_  
 Unit/Agensi: \_\_\_\_\_  
 Pusat Perkhidmatan: \_\_\_\_\_  
 No. Rujukan: \_\_\_\_\_

## SIJIL KESIHATAN BAHAGIAN II

**PART II** (Untuk dilengkapkan oleh Pemeriksa Perubatan yang dilantik apabila diperlukan di bawah peraturan Syarikat).

1. Sila sahkan jawapan yang diberikan oleh Pencadang di dalam Bahagian I dilampirkan dari Soalan 5 hingga 10. Adakah anda mendapati sebarang percanggahan?

\_\_\_\_\_. Jika ya, sila terangkan \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Berat badan pencadang pada masa sekarang \_\_\_\_\_ ketinggian \_\_\_\_\_

2. Adakah anda mengetahui ada kecacatan, atau apa-apa tabiat, moral atau keadaan sekeliling Pencadang yang tidak diberi di dalam Bahagian I, yang membuatnya tidak layak untuk risiko insurans?

\_\_\_\_\_

3. Adakah pertanyaan atau pemeriksaan menunjukkan apa-apa penyakit yang dihadapi sekarang atau yang dihadapi masa lalu:

Sistem Peredaran dan Jantung? \_\_\_\_\_  
 Sistem Pernafasan? \_\_\_\_\_  
 Sistem Otak atau Saraf? \_\_\_\_\_  
 Organ Abdomen? \_\_\_\_\_  
 Organ Genito-urinari? \_\_\_\_\_  
 Mata, telinga, kulit atau mana-mana bahagian badan? \_\_\_\_\_

4. Nadi setiap minit	Kadar semasa rehat	Jumlah	
		Itermisi	Irigulariti
5. Tekanan Darah	Sistolik	Distolik	
		Fasa Ke-4	Fasa Ke-5
6. Urinalisis	Graviti spesifik	Gula	Albumin

7. Adakah anda mempunyai sebab untuk mempercayai bahawa Pencadang mempunyai kemungkinan risiko yang tinggi dari biasa untuk dijangkiti AIDS?

\_\_\_\_\_

8. Adakah kelihatan tidak sihat? \_\_\_\_\_

Bagaimana? \_\_\_\_\_

CATATAN: Sila beri butir-butir lanjut jika terdapat kesimpulan yang positif dan apakah komen anda terhadap risiko berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa saya telah membuat pemeriksaan ini di \_\_\_\_\_ pada \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ pada pukul \_\_\_\_\_ pagi / petang / malam.

Untuk tujuan pengenalan Pencadang menurunkan tandatangan nama di sini

Tandatangan \_\_\_\_\_  
 (Pemeriksa Perubatan)

Alamat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Tandatangan Pencadang)

Nota: Sekiranya ada sebarang perselisihan, versi Inggeris dokumen ini hendaklah dipakai.

**ING Insurance Berhad** (17007-P)

**ING Service**, Menara ING, 84 Jalan Raja Chulan, P.O. Box 10846, 50927 Kuala Lumpur, Malaysia. T: +603 2058 4838 F: +603 2162 5002

**Toll Free** 1 800 88 0303 www.ing.com.my

Version 1.0

01 May 2004

CSV/971/05/04