

SECTION B : HEALTH DETAILS AND LIFESYCLE / BAHAGIAN B : BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP																																																																																														
Tick (✓) where applicable/Tandakan (✓) yang mana sesuai.		Person Covered / Orang Yang Dilindungi	Participant / Peserta																																																																																											
1. (a) What is your present Height and Weight? <i>Berapakah Berat dan Tinggi anda sekarang?</i> (b) Has your weight changed by more than 5kg in the past 12 months? If yes, how much and why? <i>Adakah berat badan anda berubah lebih dari 5 kg dalam 12 bulan yang lepas?</i> <i>Jika ya, berapa banyak dan mengapa?</i> _____		(a) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> cm kg (b) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table> Yes / Ya No/ Tidak									(a) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> cm kg (b) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table> Yes / Ya No/ Tidak																																																																																			
2. Do you have a regular Doctor? If yes, please provide name and address of the Doctor. <i>Adakah anda mempunyai Doktor yang tetap? Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat Doktor tersebut.</i> _____		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
3. Do you consume beer, wine or other alcoholic drinks? If yes, please provide details. <i>Adakah anda minum bir, wain atau minuman beralkohol yang lain-lain? Jika ya, sila nyatakan maklumat terperinci.</i> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Participant</td> <td style="width: 15%;">Beer/Stout</td> <td style="width: 10%;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td style="width: 15%;">Small bottles</td> <td style="width: 15%;">Wine</td> <td style="width: 10%;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td style="width: 10%;">Glasses</td> <td style="width: 15%;">Whiskey/brandy/others</td> <td style="width: 10%;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>Peserta</td> <td>Bir/Stout</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td>Botol kecil</td> <td>Wain</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td>Gelas</td> <td>Whiski/brandi/lain-lain</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>Certificate Holder</td> <td>Beer/Stout</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td>Small bottles</td> <td>Wine</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td>Glasses</td> <td>Whiskey/brandy/others</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>Pemegang Sijil</td> <td>Bir/Stout</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td>Botol kecil</td> <td>Wain</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td>Gelas</td> <td>Whiski/brandi/lain-lain</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> </tr> </table>		Participant	Beer/Stout	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Small bottles	Wine	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Glasses	Whiskey/brandy/others	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Peserta	Bir/Stout	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Botol kecil	Wain	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Gelas	Whiski/brandi/lain-lain	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Certificate Holder	Beer/Stout	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Small bottles	Wine	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Glasses	Whiskey/brandy/others	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Pemegang Sijil	Bir/Stout	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Botol kecil	Wain	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Gelas	Whiski/brandi/lain-lain	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participant	Beer/Stout	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Small bottles	Wine	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Glasses	Whiskey/brandy/others	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																														
Peserta	Bir/Stout	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Botol kecil	Wain	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Gelas	Whiski/brandi/lain-lain	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																														
Certificate Holder	Beer/Stout	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Small bottles	Wine	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Glasses	Whiskey/brandy/others	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																														
Pemegang Sijil	Bir/Stout	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Botol kecil	Wain	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Gelas	Whiski/brandi/lain-lain	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																														
Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
4. Do you smoke cigarettes or have you smoked any cigarettes in the past 12 months? If yes, please state details below: <i>Adakah anda merokok atau adakah anda pernah merokok dalam masa 12 bulan lepas? Jika ya, sila nyatakan butir-butir berikut:</i> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Participant</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Cigarettes Per Day</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Certificate Holder</td> <td style="width: 10%;"><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td style="width: 10%;">Cigarettes Per Day</td> </tr> <tr> <td>Peserta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Rokok sehari</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pemegang Sijil</td> <td><table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></td> <td>Rokok sehari</td> </tr> </table>		Participant	<input type="checkbox"/>	Cigarettes Per Day	<input type="checkbox"/>	Certificate Holder	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Cigarettes Per Day	Peserta	<input type="checkbox"/>	Rokok sehari	<input type="checkbox"/>	Pemegang Sijil	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Rokok sehari	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Participant	<input type="checkbox"/>	Cigarettes Per Day	<input type="checkbox"/>	Certificate Holder	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Cigarettes Per Day																																																																																				
Peserta	<input type="checkbox"/>	Rokok sehari	<input type="checkbox"/>	Pemegang Sijil	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Rokok sehari																																																																																				
Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
5. Have you taken any drugs or narcotics or consumed alcohol excessively or been treated for alcoholism or drug addiction? <i>Adakah anda mengambil apa-apa jenis dadah atau meminum alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat kerana ketagihan alkohol atau dadah?</i>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
6. Have you reside abroad continuously for more than one (1) month during the last three (3) years? <i>Pernahkah anda tinggal di luar Negara secara berterusan melebihi satu (1) bulan semenjak tiga (3) tahun yang lepas?</i>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
7. Do you or have you engaged or contemplated engaging in any private flying or hazardous sports, racing, or any other hazardous activities? <i>Adakah anda pernah terlibat atau bercadang menyertai dalam sebarang penerbangan peribadi atau sukan merbahaya, perlumbaan atau sebarang aktiviti merbahaya?</i>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
8. Have any of your family immediate family members (father, mother, brother, sister) ever suffered from or died as result of diabetes, heart disease, stroke, cancer, or any hereditary disease before age of 60 years? <i>Adakah sesiapa di kalangan ahli keluarga terdekat (bapa, ibu, kakak, abang, adik) pernah mengalami atau meninggal dunia disebabkan oleh diabetes, penyakit jantung, strok, kanser atau sebarang penyakit keturunan sebelum umur 60 tahun?</i>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> <th>Yes/Ya</th> <th>No/Tidak</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																				
Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											

9. Do you have or been told to have any physical impairment, congenital abnormality or poor health? <i>Adakah atau pernahkah anda diberitahu bahawa anda mengalami kecacatan fizikal, kecacatan sejak dilahirkan atau tahap kesihatan yang lemah?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Have you ever had, or been told to have or been treated for:- <i>Pernahkah anda mengalami, atau diberitahu mengalami atau dirawat untuk :-</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a) Disease of the eyes, ears, nose, mouth or throat? <i>Penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Asthma, tuberculosis, respiratory or lung disease? <i>Asma, batuk kering, penyakit respiratori atau paru-paru?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Discomfort or tightness of chest, chest pains, palpitation, stroke, heart attack, raises cholesterol, high blood pressure, anemia, or disorders or disease of the blood, heart or blood vessels? <i>Ketidakselesaan atau sesak dada, sakit dada, palpitasi, angin ahmar, serangan jantung, kolestrol meningkat, tekanan darah tinggi, anemia atau gangguan atau penyakit darah, jantung atau saluran darah?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, hemorrhoids or other disorders or disease of the stomach, intestines, liver or gallbladder? <i>Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Persistent protein or blood in the urine, kidney stone or disease of the kidneys, prostate, genito-urinary system? <i>Protein atau darah yang berterusan dalam air kencing, batu karang, pemyakit buah pinggang, prostat, atau sebarang penyakit genitourinary?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) Diabetes, sugar in the urine, goiter or disease of thyroids, endocrine or other glands? <i>Kencing manis, gula dalam air kencing, gondok, penyakit tiroid, endokrin atau lain-lain kelenjar?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) Arthritis, gout, rheumatism or any disease or disorder of the muscles, bones, joints, limbs or backache or spine disorder? <i>Artritis, gout, reumatik atau sebarang penyakit otot, tulang, sendi, anggota tangan dan kaki, sakit belakang atau tulang belakang?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) Epilepsy, fainting spells, mental disorder, disease of the brain including migraine or nervous system? <i>Sawan, pengsan, gangguan mental, penyakit otak termasuk migraine atau sistem saraf?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) Cancer, cyst, growth or tumor (benign or malignant) or any kind of chronic skin disease? <i>Kanser, sista, pertumbuhan atau sebarang tumor (benign and malignant) atau sebarang penyakit kulit yang kronik?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) Have you or spouse been told to have, received any medical advice, counseling or treatment in connection with sexually transmitted disease, AIDS, AIDS related conditions or a positive bloods test for antibodies to the AIDS virus (HIV) or at any time in the past three months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernahkah anda atau pasangan anda diberitahu menghidap, menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan penyakit jangkitan seks, AIDS, sebarang situasi yang berkaitan dengan AIDS atau ujian darah positif bagi antibody terhadap virus AIDS(HIV) atau pada bila-bila masa selama dalam 3 bulan yang lepas mengalami sebarang gejala-gejala berikut selama lebih satu minggu secara berterusan: keletihan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau pertumbuhan kulit yang luar biasa?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. In the past (5) years, have you had any diagnostic test like: Dalam tempoh (5) tahun yang lalu, pernahkah anda menjalani ujian diagnostik seperti: (i) X- ray / X-ray (ii) Electrocardiogram (ECG)/ Elektrokardiogram (ECG) (iii) Blood test / Ujian darah (iv) Biopsy / Biopsi (v) Others (please specify) / Lain-lain (sila nyatakan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or physical check-up not mentioned above or not of a routine nature (EXCEPT for normal illness like fever, flu or cough)? <i>Penyakit, kecederaan, pembedahan, nasihat perubatan, rawatan hospital atau pemeriksaan perubatan yang tidak disebut di atas dan bukan biasa (SELAIN DARIPADA penyakit biasa seperti demam, selsema dan batuk)?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13. FEMALE ONLY/ PEREMPUAN SAHAJA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) Are you now pregnant? If yes, at what stage? <i>Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, pada peringkat berapa?</i>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	Month/ Bulan	<input type="text"/>	Month/ Bulan
(b) Have you ever had any one/more of the following: disease of the breasts/female organs; breast lump; menstrual disorders; abnormal pap smears(s) or any complications of pregnancy / child birth? <i>Pernakah anda mengalami sebarang penyakit payudara / organ wanita; gumpalan payudara; gangguan kitaran haid; pap smear tidak normal atau komplikasi semasa mengandung / bersalin?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECTION B : HEALTH DETAILS AND LIFESYLE / BAHAGIAN B : BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP					
14. CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY/KANAK-KANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA		<input type="checkbox"/>	Yes / Ya	<input type="checkbox"/>	No / Tidak
Is the child born premature or pre-term? <i>Adakah kanak-kanak lahir tidak cukup bulan atau sebelum tempoh?</i>		<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	kg
What was the birth weight? <i>Berapakah berat ketika lahir?</i>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Days / Hari
Duration of hospital stay after birth? <i>Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan ?</i>		15. If any of the answers to questions 1 through 14 is 'Yes', please give details in space provided with reference to the pointers stated below ; if applicable. <i>Jika mana-mana jawapan kepada soalan 1 hingga 14 adalah 'Ya', sila berikan butir-butir lanjut di dalam ruangan yang disediakan dengan merujuk petunjuk di bawah ; jika berkenaan.</i>			
(i) Question number <i>Nombor Soalan</i>	(ii) Types of Illness and date of onset <i>Jenis penyakit dan tarikh dihadapi</i>	(iii) Name and address of attending doctor/clinic or hospital <i>Nama dan alamat doctor/klinik atau hospital</i>			
(iv) Current Condition <i>Keadaan semasa</i>	(v) Type of tests done, date, results and reason <i>Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab</i>	(vi) Duration and severity of illness/injury and date of last follow up <i>Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan akhir</i>			
Person Covered's Details / Butir-butir Orang Yang Dilindungi			Participant's Details / Butir-butir Peserta		

SECTION C. DECLARATION/ BAHAGIAN C : PENGAKUAN

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 proposal. I agree that this form will constitute part of my proposal for Family Takaful and that failure to disclose any material facts known to me may invalidate the contract.

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 cadangan takaful ini. Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian dari borang cadangan untuk Takaful keluarga dan kegagalan untuk mendedahkan sebarang maklumat penting yang saya ketahui berkemungkinan membatalkan kontrak takaful tersebut.

Date / Tarikh : _____ (day/hari) _____ (month/bulan) _____ (year/tahun)

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*

Signature of Participant/*Tandatangan Peserta*

Full Name / *Nama Penuh* : _____

Full Name / *Nama Penuh* : _____

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

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

Address / *Alamat* : _____

Address / *Alamat* : _____

Phone No / *Tel No.* : _____

Phone No / *Tel No.* : _____

Signature of Person Covered / *Tandatangan Orang Yang Dilindungi*

Full Name / *Nama Penuh* : _____

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

Phone No / *No Tel* : _____

Signature of 2nd Participant/ *Tandatangan Peserta Kedua*

Full Name / *Nama Penuh* : _____

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

Phone No / *No Tel* : _____

Important Notice/Notis Penting :

In accordance with Anti-Money laundering and Anti-Terrorism Financing Act 2001, and related Guidelines issued by Bank Negara Malaysia, the takaful operators are required to verify and identify the identity of its customers. In the event of insufficient proof of identification, it may result in non-acceptance of this alteration form.

Menurut Akta Pencegahan Pengubahan wang haram dan pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001, dan garis panduan berkaitan yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia, Pengendali Takaful dikehendaki mengesahkan dan mengenal pasti identiti pelanggannya. Sekiranya bukti pengenalan tidak diberikan secukupnya, borang pindaan mungkin tidak diterima.

Submission of a photocopy of the NRIC or other applicable identification document of the Participant/Person Covered/Trustee (if any) for verification is COMPULSORY.

Penyerahan satu salinan Kad Pengenalan atau lain-lain dokumen pengenalan diri yang digunakan oleh Peserta/ Orang Yang Dilindungi /Pemegang Amanah (jika ada) untuk pengesahan adalah WAJIB.