



ElderShield

HEALTH DECLARATION FORM 健康声明书 BORANG PENGAKUAN KESIHATAN சுகாதார உறுதிமொழிப் படிவம்

Please read through the ElderShield Information Booklet before completing this form.

Complete this form **ONLY IF** you are not able to perform 3 or more of the Activities of Daily Living. For the definition of Activities of Daily Living, please refer to Annex A of the ElderShield Information Booklet.

Please return this duly signed form to us before the **POLICY COMMENCEMENT DATE** as stated in the **SCHEDULE**.

请在填写此表格前仔细阅读乐龄健保信息手册。

此表格只有在您无法自理的日常起居活动至少3种或以上的情况下填写。关于日常起居活动的定义，请参考乐龄健保信息手册附录 A。

请在览表(SCHEDULE)上指定的保单生效日(POLICY COMMENCEMENT DATE)之前把已签妥的表格寄回。

Sila baca Buku Maklumat ElderShield sebelum mengisi borang ini.

Isi borang ini HANYA JIKA anda tidak berupaya melakukan 3 atau lebih daripada Kegiatan Harian anda. Untuk definisi Kegiatan Harian, sila rujuk kepada Lampiran A Buku Maklumat ElderShield.

Sila kembalikan borang ini yang telah di tandatangani sebelum tarikh permulaan polisi (POLICY COMMENCEMENT DATE) yang dicatat di SCHEDULE.

இந்தப் படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்வதற்குமுன் அன்புசுரந்து எஸ்டர்ஷீல்டு தகவல் ஏட்டைப் படியுங்கள்.

அன்றாட வாழ்க்கை நடவடிக்கைகளில் மூன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்டதை செய்ய முடியாதவராக இருந்தால் மட்டும் இந்தப் படிவத்தை பூர்த்தி செய்பவர்கள். அன்றாட வாழ்க்கை நடவடிக்கைகள் குறித்த வரைமுறைகளை அறிந்து கொள்ள அன்புசுரந்து எஸ்டர்ஷீல்டு தகவல் ஏட்டின் இணைப்பு A காண்க.

அன்புசுரந்து இந்தப் படிவத்தை கையொப்பம் இட்டு இணைக்கப்பட்டுள்ள அட்டவணையில் (SCHEDULE) குறிப்பிடப்பட்டுள்ள காப்புறுதி ஆறம்பதேதிக்குள் (POLICY COMMENCEMENT DATE) எங்களுக்கு அனுப்பி விடுங்கள்.

Policy No.:
保单号码
No. Polisi.
காப்புறுதி எண்

Assigned Insurer : Aviva Ltd
指定的保險公司 : Aviva Ltd
Syarikat Insurans dilantik : Aviva Ltd
நியமன காப்புறுதியாளர் : Aviva Ltd

Name:
姓名
Nama
பெயர்

NRIC :
身份证号码
No. Kad Pengenalan
அடையாள அட்டை

Tel. No.:
电话号码
No. Talipon
தொலைபேசி எண்

Email:
电邮
Emel
மின்னஞ்சல்

Please tick against the activity which you are not able to perform:

请在您无法从事的活动上注明:

Sila tanda kegiatan yang anda tidak berupaya melakukan:

அன்பு கூர்ந்து உங்களால் செய்ய முடியாத நடவடிக்கைகளுக்கு எதிராகக் குறியீடுங்கள்:

- | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Washing
盥洗
Mencuci
உடல்
சுத்தப்படுத்தல் | <input type="checkbox"/> Dressing
穿衣
Pakai Baju
உடையணிதல் | <input type="checkbox"/> Feeding
進食
Makan
உணவு
உட்கொள்ளுதல் | <input type="checkbox"/> Toileting
如廁
Ke Tandas
கழிவறை
செல்லல் | <input type="checkbox"/> Mobility
行動
Upaya Bergerak
நடமாட்டம் | <input type="checkbox"/> Transferring
移動
Pindahan
இடமாற்றம் |
|--|--|---|--|--|--|

Declaration

I hereby declare that the foregoing information entered is true and correct and I have not withheld any material information, whether entered by me or on my behalf.

声明

本人谨此声明上述信息正确无误，无论亲自填写或由他人代笔均无任何隐瞒。

Pengakuan

Saya mengakui bahawa maklumat di atas adalah benar dan betul dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting, semasa mengisi borang ini oleh saya atau wakil saya.

உறுதிமொழி

நானும் என் சார்பிலும் மேலே தரப்பட்டுள்ள தகவல் உண்மையானது, சரியானது என்றும் முக்கிய தகவல் எதையும் நான் மறைத்துவிடவில்லை என்றும் உறுதி கூறுகிறேன்.

Signature/Thumb Print of Policyholder

投保人签名/手印

Tandatangan/Cap jari Pemegang Polisi

காப்புறுதி உறுப்பினரின் கையொப்பம்/பெருவிரல் ரேகை

Date

日期

Tarikh

தேதி