



**KEROSAKAN BUAH PINGGANG
KIDNEY FAILURE**

SOAL SELIDIK PERUBATAN SULIT (untuk diisi oleh doktor)
CONFIDENTIAL MEDICAL QUESTIONNAIRE (to be completed by the doctor)

Nama _____ No. Sijil _____
Name _____ Certificate _____
Tarikh Lahir _____ No. K/P _____
Date of Birth _____ I/C No. _____

Orang yang dinamakan di atas dilindungi oleh ZURICHTAKAFUL MALAYSIA BERHAD terhadap kejadian-kejadian luar jangkaan tertentu yang berlaku berkaitan dengan kesihatannya. Satu tuntutan telah dikemukakan berkaitan dengan Kerosakan Buah Pinggang dan, untuk membolehkan kami menilai tuntutan tersebut, kami berharap agar pihak tuan/puan dapat melengkapkan laporan sulit ini dan mengembalikannya terus kepada kami di alamat berikut:

The above-named is covered with ZURICH TAKAFUL MALAYSIA BERHAD against the happening of certain contingent events associated with his / her health. A claim has been submitted in connection with Kidney Failure and, to enable us to assess the claim, we should be obliged if you would complete this confidential report and return it direct to us at the following address:-

ZURICH TAKAFUL MALAYSIA BERHAD
Registration No.200601012246 (731996-H)
JABATAN TUNTUTAN KELUARGA & PERKHIDMATAN PERUBATAN
FAMILY CLAIM DEPARTMENT & MEDICAL SERVICES
Level 23A, Mercu 3, No 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur

Untuk membolehkan tuntutan ini diterima sebagai sah, pentafsiran berikut mestilah dipenuhi
In order for the claim to be valid, the following definition must be fulfilled

KEROSAKAN BUAH PINGGANG : Ketidakpulihan kronik dan kerosakan keseluruhan kedua-dua buah pinggang yang menyebabkan dialisis buah pinggang secara tetap dijalankan.
KIDNEY FAILURE: *Chronic irreversible and total failure of both kidneys as a result of which regular renal dialysis is instituted.*

**1. AM
GENERAL**

(i) Adakah anda pakar perubatan yang biasa merawat Orang Yang Dilindungi?
Are you the Person Covered's usual medical Attendant?

Ya Yes	Tidak No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika "Ya", sudah berapa lamakah anda menyimpan rekod perubatannya?
If "Yes", over what period do your records extend?

(ii) Apakah punca penyakit buah pinggang yang menyebabkan kerosakannya?
What underlying kidney disease causing renal failure?

(iii) Bilakah kali pertama anda membuat pemeriksaan berkaitan dengan penyakit ini dan pada ketika itu sudah berapa lamakah simptom-simptomnya dialami?
When did you first examine the patient for the related illness and how long had the symptoms been present?

(iv) Sebelum itu pernahkah Orang Yang Dilindungi mengalami keadaan yang dinyatakan di atas atau penyakit yang berkaitan dengannya? Contohnya, diabetes
Has the Person Covered previously suffered from renal disease or any related illness? e.g. diabetes
Jika "Ya", sila berikan tarikh pemeriksaan dan diagnosis yang dibuat.
If "Yes" please give dates of consultations and the resulting diagnosis

Ya Yes	Tidak No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(v) Bilakah tarikh Orang Yang Dilindungi mula menyedari tentang penyakit ini?
On which date did the Person Covered first become aware of the disease?

(vi) Adakah terdapat apa-apa dalam sejarah keluarga Orang Yang Dilindungi yang mungkin meningkatkan risiko penyakit buah pinggang?
Is there anything in the Person Covered's family history which would have increased the risk of renal disease?

(vii) Sila berikan butir-butir mengenai tabiat Orang Yang Dilindungi berhubung dengan menghisap rokok.
Please give details of the Person Covered's smoking habits.

2. BUTIR-BUTIR PENYAKIT ORANG YANG DILINDUNGI
DETAILS OF THE PERSON COVERED'S ILLNESS

Ya Tidak
Yes No

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (i) Adakah penyakit buah pinggang Orang Yang Dilindungi telah mencapai tahap akhir?
<i>Is the Person Covered's renal disease reached the final stage?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ii) Adakah Orang Yang Dilindungi kini menjalani dialisis peritoneal atau hemodialisis secara tetap?
<i>Is the Person Covered currently undergoing regular peritoneal dialysis or haemodialysis?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (iii) Adakah pemindahan buah pinggang telah dijalankan?
<i>Has renal transplant been performed?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (iv) Sila berikan alamat penuh mana-mana hospital di mana Orang Yang Dilindungi telah dirujuk bersama dengan nama-nama perunding yang merawat.
<i>Please provide the full address of any hospitals to which the Person Covered has been referred together with the names of the consultants attended.</i> | | |
-

Sebarang salinan laporan hospital yang berkaitan, jika ada, sangat dihargai.
We would be grateful for copies of any relevant hospital reports that are available.

(v) Sila berikan nama dan alamat pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda ada merawat pesakit dalam masa tiga tahun kebelakangan ini.
Please provide names and addresses of any other medical practitioner attended to the patient for the past three years.

3. Jika terdapat sebarang maklumat selanjutnya, yang pada pendapat anda, boleh membantu kami menilai tuntutan ini, sila catatkan maklumat tersebut di bawah
If there is any further information which in your opinion will assist us in assessing the claim, please furnish below

TANDATANGAN _____ NAMA _____
SIGNATURE NAME

NAMA KLINIK _____ KELAYAKAN _____
NAME OF CLINIC QUALIFICATION

TARIKH _____ NO TELEFON _____
DATE TELEPHONE NO