

Medical Report

Laporan Perubatan

Important Note / Nota Penting:

- Unless stated otherwise, no claim will be recognised unless this Medical Report is completed by a duly registered Medical Practitioner and forwarded to the Company as soon as possible. Kindly note that the Company does not admit liability by issuing this form. / Kecuali dinyatakan sebaliknya, tuntutan tidak akan diiktiraf melainkan Laporan Perubatan ini dilengkapkan oleh Doktor yang berdaftar dan dihantar kepada Syarikat secepat mungkin. Anda juga diingatkan bahawa Syarikat tidak mengakui sebarang tanggungan dengan mengeluarkan borang ini.
- This Medical Report must be obtained at the Insured's own expense / Laporan Perubatan perlu diperolehi atas perbelanjaan Pemegang Polisi sendiri.

Part / Bahagian I		Patient's Details Butiran Pesakit	
Name / Nama		NRIC or Passport No. / No. KP atau Pasport	

Part / Bahagian II		Patient's Medical Details Butiran Perubatan Pesakit	
--------------------	--	--	--

Kindly state the date and time when the accident occur or the symptoms first appear. /
Sila nyatakan tarikh dan masa kemalangan berlaku atau gejala penyakit mula ditunjukkan.

Date / Tarikh								Time / Masa							
d	d	/	m	m	/	y	y	y	y	h	h	:	m	m	a.m / p.m.

Kindly state explicitly the injuries sustained or the illness suffered by the patient. /
Sila nyatakan secara terperinci kecederaan atau penyakit yang dialami oleh pesakit.

Kindly state details of medical treatment, investigations or surgical procedure performed onto the patient. Kindly supply the Company a copy of all investigation results. /
Sila berikan butiran rawatan perubatan, penyiasatan atau prosedur pembedahan yang dijalankan terhadap pesakit. Sila hantar semua salinan keputusan penyiasatan kepada Syarikat.

Type of Admission / Jenis Kemasukan	<input type="checkbox"/> Hospital / Hospital	<input type="checkbox"/> Day Care / Jagaan Harian
	<input type="checkbox"/> On Patient's Request / Atas Permintaan Pesakit	<input type="checkbox"/> Others / Lain-lain:

Part / Bahagian III		Supplementary Details For Accidents Only Butiran Sampingan untuk Kemalangan Sahaja	
---------------------	--	---	--

Cause of Injuries / Punca Kecederaan	<input type="checkbox"/> Home Accident / Kemalangan Rumah Tangga	<input type="checkbox"/> Industrial Accident / Kemalangan Industri
	<input type="checkbox"/> Road Accident / Kemalangan Jalan Raya	<input type="checkbox"/> Others / Lain-lain:

Is the patient hospitalised? If yes, kindly provide the details below. / Adakah pesakit layak untuk menerima rawatan di hospital? Jika ada, sila berikan maklumat yang berkenaan di bawah.										<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak									
Date of Admission / Tarikh Kemasukan					Date of Discharge / Tarikh Pelepasan														
d	d	/	m	m	/	y	y	y	y	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y
Stage of Recovery / Status Pemulihan		<input type="checkbox"/> Fully Recovered / Dipulih Sepenuhnya					<input type="checkbox"/> Others / Lain-lain:					<input type="checkbox"/> Undergoing Treatment / Dalam Proses Pemulihan						
Was the patient suffering from any disease or physical infirmity at the time of accident? If yes, kindly give the particulars below. / Adakah pesakit mengalami sebarang pesakit atau kecacatan fizikal semasa kemalangan? Jika ya, sila berikan butirannya di bawah.										<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak									
Is there any previous medical history or disablement which may have contributed directly or indirectly to the accident or which may likely retard the patient's recovery? If yes, kindly give the particulars below. / Adakah terdapat sejarah perubatan atau kehilangan upaya masa lepas yang mungkin menyebabkan kemalangan secara langsung atau tidak langsung atau yang mungkin menjejaskan pemulihan pesakit? Jika ya, sila berikan butirannya di bawah.										<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak									
Have you any reason suspect that the patient was under the influence of intoxicants or drugs at the time of accident? If yes, kindly give the particulars below. / Adakah anda mempunyai sebab untuk mengesyaki bahawa pesakit berada di bawah pengaruh bahan yang memabukkan atau dadah pada masa kemalangan? Jika ya, sila berikan butirannya di bawah.										<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak									
Details of Disablement / Butiran Kecacatan		Duration / Tempoh Masa					Nature of Disablement / Sifat Kecacatan												
		<input type="checkbox"/> Permanent / Berkekalan <input type="checkbox"/> Temporary / Sementara					<input type="checkbox"/> Total Disablement / Kecacatan Keseluruhan <input type="checkbox"/> Partial Disablement / Kecacatan Separa												
		Disabled From / Kecacatan Bermula Dari					Disabled Till / Kecacatan Akan Tamat Pada* (*If applicable / Jika berkenaan)												
		d	d	/	m	m	/	y	y	y	y	d	d	/	m	m	/	y	y
Part / Bahagian IV		Supplementary Details For Illness Only Butiran Sampingan untuk Penyakit Sahaja																	
Date of the First Consultation / Tarikh Pesakit Membuat Lawatan yang Pertama					d	d	/	m	m	/	y	y	y	y					

Kindly state explicitly the conditions or the symptoms of the illness which require the patient to be admitted. / <i>Sila nyatakan secara terperinci keadaan atau gejala penyakit yang mewajibkan kemasukan pesakit itu ke mana-mana institut perubatan.</i>																								
Kindly state period of time for which the patient is aware of the conditions or symptoms. / <i>Sila nyatakan tempoh masa pesakit itu mengalami keadaan atau gejala penyakit tersebut.</i>																								
Is there any previous consultation, treatment or hospitalisation made for this symptom or illness, related conditions, or any other disorders in this hospital or any other facilities? Kindly give the particulars below, if necessary. / <i>Adakah terdapat sejarah lawatan atau rawatan yang dijalankan terhadap penyakit tersebut atau gejalanya, sebarang keadaan berkaitan dengannya, atau penyakit-penyakit yang lain di dalam hospital ini atau mana-mana fasiliti yang berkenaan? Sila berikan butirannya di bawah, jika perlu.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak <input type="checkbox"/> Unsure / Tidak Pasti																							
Did this condition exist before the symptoms became apparent to the patient? If yes, kindly give the particulars below. / <i>Adakah keadaan tersebut telah diwujudkan sebelum terjadinya gejala penyakit tersebut pada pesakit ini? Jika ya, sila berikan butirannya di bawah.</i>																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Previously Treated on / <i>Tarikh Rawatan Sebelum Ini</i> </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Name of Disease or Disorder / <i>Nama Penyakit</i> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table> </td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> Treatment or Hospitalisation Details / <i>Butiran Rawatan atau Rekod Kemasukan Pesakit ke dalam Hospital</i> </td> <td style="padding: 2px;"> Name of Doctor and Hospital or Clinic / <i>Nama Doktor dan Hospital atau Klinik</i> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>		Previously Treated on / <i>Tarikh Rawatan Sebelum Ini</i>	Name of Disease or Disorder / <i>Nama Penyakit</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table>	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y		Treatment or Hospitalisation Details / <i>Butiran Rawatan atau Rekod Kemasukan Pesakit ke dalam Hospital</i>	Name of Doctor and Hospital or Clinic / <i>Nama Doktor dan Hospital atau Klinik</i>							
Previously Treated on / <i>Tarikh Rawatan Sebelum Ini</i>	Name of Disease or Disorder / <i>Nama Penyakit</i>																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table>	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y														
d	d	/	m	m	/	y	y	y	y															
Treatment or Hospitalisation Details / <i>Butiran Rawatan atau Rekod Kemasukan Pesakit ke dalam Hospital</i>	Name of Doctor and Hospital or Clinic / <i>Nama Doktor dan Hospital atau Klinik</i>																							
Details of Diagnosis / <i>Butiran Diagnosis</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Type of Diagnosis / <i>Jenis Diagnosis</i> </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Possibility of Relapse / <i>Kemungkinan Penyakit dapat Berulang Lagi</i> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Admitting / <i>Muktamad</i> </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Provisional / <i>Sementara</i> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Yes / Ya </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> </td> </tr> </table>	Type of Diagnosis / <i>Jenis Diagnosis</i>	Possibility of Relapse / <i>Kemungkinan Penyakit dapat Berulang Lagi</i>	<input type="checkbox"/> Admitting / <i>Muktamad</i>	<input type="checkbox"/> Provisional / <i>Sementara</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>																	
	Type of Diagnosis / <i>Jenis Diagnosis</i>	Possibility of Relapse / <i>Kemungkinan Penyakit dapat Berulang Lagi</i>																						
	<input type="checkbox"/> Admitting / <i>Muktamad</i>	<input type="checkbox"/> Provisional / <i>Sementara</i>																						
	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Confirmed on / <i>Disahkan Pada</i> </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Patient Advised on / <i>Pesakit Diberitahu Pada</i> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table> </td> <td style="padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Confirmed on / <i>Disahkan Pada</i>	Patient Advised on / <i>Pesakit Diberitahu Pada</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table>	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table>	d	d	/	m	m	/	y	y	y
Confirmed on / <i>Disahkan Pada</i>	Patient Advised on / <i>Pesakit Diberitahu Pada</i>																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table>	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> </tr> </table>	d	d	/	m	m	/	y	y	y	y			
d	d	/	m	m	/	y	y	y	y															
d	d	/	m	m	/	y	y	y	y															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Description of Diagnosis / <i>Keterangan Diagnosis</i> </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> Cause and Pathology underlying the Present Diagnosis / <i>Sebab-sebab dan Patologi untuk Diagnosis tersebut</i> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	Description of Diagnosis / <i>Keterangan Diagnosis</i>	Cause and Pathology underlying the Present Diagnosis / <i>Sebab-sebab dan Patologi untuk Diagnosis tersebut</i>																						
Description of Diagnosis / <i>Keterangan Diagnosis</i>	Cause and Pathology underlying the Present Diagnosis / <i>Sebab-sebab dan Patologi untuk Diagnosis tersebut</i>																							

Is the illness or the condition related to the following descriptions below? If yes, kindly check the boxes provided and give the particulars below / Adakah penyakit atau keadaan tersebut berkaitan dengan butir-butiran yang disenaraikan di bawah? Jika ya, sila tandakan kotak-kotak yang disediakan dan berikan butirannya di bawah.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pregnancy, Childbirth or Infertility / Kehamilan, kelahiran anak atau kemandulan | <input type="checkbox"/> Influence of Alcohol or Drugs / Pengaruh Dadah atau Alkohol | <input type="checkbox"/> Self-Inflicted / Kecederaan pada diri sendiri |
| <input type="checkbox"/> Nervous, Mental, Emotional or Sleeping Disorder / Penyakit Saraf, Mental, Emosi atau Ketiduran | <input type="checkbox"/> AIDS, STD, VD or / atau HIV | <input type="checkbox"/> Violation of Laws, Strikes or Riots / Pelanggaran Undang-undang, Serangan atau Rusuhan |
| | <input type="checkbox"/> Congenital or Hereditary / Keadaan Sejak Lahir atau Keturunan | <input type="checkbox"/> Others / Lain-Lain:
..... |

Part / Bahagian V	Declaration / Pengisytiharan
-------------------	------------------------------

- a) I hereby certify examined the above named that my foregoing statement are correct to my best of my knowledge and belief.
Saya dengan mengesahkan bahawa saya telah memeriksa penama di atas dan kenyataan saya di atas adalah betul setakat yang saya ketahui dan percayai.
- b) I / We hereby give my / our unconditional and unequivocal consent to you and all your related companies to process my / our personal data revealed hereto. You are at liberty to process the data and share the information thereto with any of your service providers and your other related companies provided that the revelation of my / our personal data strictly for the purposes in relation to the insurance which I / we have applied hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.
Saya / Kami dengan ini memberi kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya / kami yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah bebas untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan insurans yang saya / kami pohon di sini. Kebenaran yang diberikan adalah selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

NOTE: The processing of my personal data is subject to Zurich General Insurance Malaysia Berhad's Personal Data Protection Notice, as published on <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>.
 NOTA: Pemprosesan data peribadi saya adalah tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi Zurich General Insurance Malaysia Berhad seperti yang disiarkan dalam <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>.

..... Signature of Attending Medical Practitioner / Tandatangan Doktor atau Pakar Bedah yang Merawat Stamp of Attending Medical Practitioner / Cop Doktor atau Pakar Bedah yang Merawat
--	--

Name / Nama		Clinic or Hospital's Address / Alamat Klinik atau Hospital	
Qualification / Kelayakan			
Email Address / Alamat Emel			
Date / Tarikh	d d / m m / y y y y		

