

Soal Selidik Perubatan Sulit

(untuk diisi oleh doktor)

Confidential Medical Questionnaire

(to be completed by the doctor)

Meningitis Bakteria & Ensefalitis **Bacterial Meningitis & Encephalitis**

Borang No.2
Form No.2

Nama _____
Name

No. Polisi _____
Policy No.

Tarikh Lahir _____
Date of Birth

D D M M Y Y Y Y

No.K/P _____
I/C No.

Orang yang dinamakan di atas diinsuranskan oleh Zurich Life Insurance Malaysia Berhad terhadap kejadian-kejadian luar jangkaan tertentu yang berlaku berkaitan dengan kesihatannya. Satu tuntutan telah dikemukakan berkaitan dengan Meningitis Bakteria & Ensefalitis 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 yang berikut

The abovenamed is insured with Zurich Life Insurance Malaysia Berhad against the happening of certain contingent events associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with Bacterial Meningitis & Encephalitis and, to enable us to assess the claim, we should be obliged if you would complete this confidential report and return it directly to us at the following address

Zurich Life Insurance Malaysia Berhad

Jabatan Tuntutan Hayat & Keluarga / Life & Family Claim Department,
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

Meningitis Bakteria
Bacterial Meningitis

Bakterial Meningitis yang menyebabkan radang di membran pita tulang belakang dan mengakibatkan kecacatan neurologi yang berkekalan.
Bacterial Meningitis causing inflammation of the membranes of the spinal cord or brain and resulting in permanent neurological deficit.

Ensefalitis
Encephalitis

Radang yang teruk pada isi otak yang menyebabkan sequelae neurologi yang nyata dan berkekalan.
Severe inflammation of brain substance which results in significant and permanent neurological sequels.

1. Am / General

(i) Adakah anda pakar perubatan yang biasa merawat Yang Diinsuranskan?
Are you the Insured's usual medical attendant?

Ya
Yes Tidak
No

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

.....

(ii) Bilakah kali pertama anda membuat pemeriksaan berkaitan dengan penyakit ini dan, pada ketika itu, sudah berapa lamakah simptom-simptomnya dialami?
When were you first consulted for this disease and, at that time, how long had symptoms been present?

.....

(iii) Sebelum itu pernahkah Yang Diinsuranskan mengalami keadaan yang dinyatakan di atas atau sebarang penyakit lain?
Contoh: darah tinggi, serangan iskemia sementara, angina, atau penyakit vaskular yang lain.
Has the Insured previously suffered from the condition specified above or any other illness?
e.g. hypertension, transient ischaemic attack, angina or other vascular disease.

Ya
Yes Tidak
No

Jika 'Ya', sila berikan tarikh pemeriksaan dan diagnosis yang dibuat.
If "Yes", please give dates of consultations and the resulting diagnosis

.....

(iv) Bilakah Yang Diinsuranskan mula menyedari tentang penyakit ini?
On which date did the Insured first become aware of the disease?

.....

2. Butir-Butir Penyakit Yang Diinsuranskan
Details of The Insured's Illness

(i) Sila berikan butir-butir penuh dan tepat diagnosis.
Please provide full and exact details of the diagnosis.

.....

.....

(ii) Sila jelaskan yang berikut
Please describe the following

(a) Tempoh simptom akut
Duration of acute symptoms

(b) Tarikh kembali ke aktiviti normal
Date of return to normal activities

.....

(c) Had keupayaan semasa Yang Diinsuranskan (laporan terkini) - fizikal dan mental. Sila berikan maklumat mengenai pemeriksaan neurologi termasuk gred kekuatan otot anggota terlibat, jika berkenaan.
The insured's present limitations (latest report) - physical and mental. Please provide details of Neurological examination including Grade of muscle power of affected limbs if relevant

.....

.....

(d) Sila berikan maklumat mengenai defisit neurologi kekal Yang Diinsuranskan, jika ada.
Please provide details of the insured's permanent neurological deficit, if any

.....

(iii) Sila berikan alamat penuh mana-mana hospital di mana Yang Diinsuranskan telah dirujuk bersama dengan nama-nama perunding yang merawat.
Please provide the full address of any hospitals to which the Insured has been referred together with the names of the consultants attended.

.....

.....

(iv) Sila berikan maklumat mengenai radiologi, pengimbasan CT atau imejan NM dan bukti makmal termasuk sebarang ujian lain.
Please supply details radiological, CT scanning or NM imaging and laboratory evidence as well as any other test.
Sebarang salinan sebarang 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 Yang Diinsuranskan dalam masa tiga tahun kebelakangan ini.
Please give names and address of any other medical practitioner who to your knowledge attended to the Insured during 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 such information below

.....
.....
Saya/Kami dengan ini memberikan 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 berkebebasan 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 ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010
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 revealed 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

Tandatangan / Signature _____ Tarikh / Date _____ **D D M M Y Y Y Y**

Nama / Name _____

Nama Klinik / Clinic Name _____

Kelayakan / Qualification _____ No. Telefon / Telephone No. _____

Zurich Life Insurance Malaysia Berhad

Registration No. 196801000442 (8029-A)

Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

www.zurich.com.my



ZURICH[®]