

Soal Selidik Perubatan Sulit

(untuk diisi oleh doktor)

Confidential Medical Questionnaire

(to be completed by the doctor)

Kanser Cancer

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 Kanser 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 Cancer 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 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

Kanser: Ini ditakrifkan sebagai ketumbuhan malignan yang dicirikan oleh pertumbuhan tidak terkawal dan sel malignan merebak serta serangan tisu. Ini termasuk leukemia (selain dari leukemia limfotik kronik), namun tidak merangkumi kanser in situ tanpa serangan, tumor dalam kewujudan virus kurang daya ketahanan dan sebarang kanser kulit yang lain dari melanoma malignan.

Cancer: This is defined as a malignant tumour characterised by uncontrolled growth and spread of malignant cells and the invasion of tissue. This includes leukaemia (other than chronic lymphotic leukaemia), but excludes non-invasive cancers in situ, tumours in the presence of any human immuno-deficiency virus and any skin cancer other than malignant melanoma.

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 penyakit yang berkaitan dengannya?

Ya
 Yes

Tidak
 No

Jika "Ya", sila berikan tarikh pemeriksaan dan diagnosis yang dibuat
Has the Insured previously suffered from the condition specified above or any related illness?
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?

.....

(v) Adakah terdapat apa-apa dalam sejarah keluarga Yang Diinsuranskan yang mungkin meningkatkan risiko penyakit kanser?
Is there anything in the Insured's family history which would have increased the risk of cancer?

.....

(vi) Sila berikan butir-butir mengenai tabiat Yang Diinsuranskan berhubung dengan menghisap rokok.
Please give details of the Insured's habits in relation to cigarette smoking.

.....

2. Butir-Butir / Details

(i) Apakah kawasan atau organ yang terlibat dan histologi tepat ketumbuhan berkenaan?
What was the site or organ involved and the precise histology of the tumour?

.....

(ii) Apakah tahap yang dicapai oleh penyakit tersebut? *What stage did the disease reach?*

.....

Sila jelaskannya dengan menggunakan klasifikasi tahap yang sesuai
Please describe this using whichever staging classification is appropriate

(a) Adakah penyakit bersempit sepenuhnya?
Was the disease completely localised?

(b) Adakah tisu berhampiran diserang?
Was there invasion of adjacent tissue?

(c) Adakah nodus limfa sekawasan terlibat?
Were regional lymph nodes involved?

(d) Adakah terdapat metastases jarak?
Were there distant-metastases?

(iii) Jika diagnosisnya adalah leukemia, sila berikan butir-butir mengenai jenis sebenar.
If the diagnosis is leukaemia, please provide details of the actual type.

.....

(iv) 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.

.....
.....

3. Jika terdapat sebarang maklumat selanjutnya, yang pada pendapat anda, boleh membantu kami menilai tuntutan ini sila catatkan maklumat 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[®]