

Soal Selidik Perubatan Sulit

(untuk diisi oleh doktor)

Confidential Medical Questionnaire (To be completed by the doctor)

Serangan Jantung / Heart Attack

Borang No. 2 / Form No. 2

Nama / Name _____

Nombor Polisi / Policy Number _____

No K/P. / I/C No. _____

Tarikh Lahir / Date of Birth D D M M Y Y Y Y

Orang yang dinamakan di atas diinsuranskan oleh Zurich Life Insurance Malaysia Berhad (8029-A) terhadap kejadian-kejadian luar jangkaan tertentu yang berlaku berkaitan dengan kesihatannya. Satu tuntutan telah dikemukakan berkaitan dengan Serangan Jantung 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 a Heart Attack and, to enable us to assess the claim, we should be obliged if you would complete this confidential report and return if 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, Malaysia

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:

SERANGAN JANTUNG (Infarksi Miokardial). Kematian sebahagian daripada otot jantung kerana Infarksi Miokardial yang mengakibatkan gangguan fungsi Kelas III atau Kelas IV (mengikut Klasifikasi Persatuan Jantung New York). Infarksi bukan q-wave dan Infarksi Miokardial awal dengan terapi trombolitik seterusnya dikecualikan, melainkan terdapat bukti yang jelas menerusi angiografi menunjukkan berlaku Infarksi Miokardial selain daripada keadaan-keadaan Infarksi Miokardial khusus yang lain.

HEART ATTACK (Myocardial Infarction). The death of a portion of the heart muscle due to Myocardial Infarction resulting in Class III or Class IV functional impairment (based on the New York Heart Association Classifications). Non q-wave infarctions and early Myocardial Infarctions with subsequent thrombolytic therapy are excluded unless there is clear evidence by angiography of a Myocardial Infarction additionally to the other specific MI conditions.

Gangguan fungsi Kelas III dan IV mengikut Klasifikasi Persatuan Jantung New York adalah seperti berikut:
Class III and IV functional impairment as per the New York Heart Association Classification are as follows :

Kelas III: Sekatan ketara – Pesakit selesa semasa rehat tetapi akan merasai gejala-gejala Kegagalan Kardiak Kongestif apabila melakukan aktiviti.

Class III: Marked limitation – Such patients are comfortable at rest but performing less than ordinary activity will lead to symptoms of Congestive Cardiac Failure.

Kelas IV: Ketiadaan upaya untuk melakukan sebarang kegiatan tanpa merasa tidak selesa. Gejala-gejala Kegagalan Kardiak Kongestif dirasai walaupun semasa rehat. Sebarang peningkatan kegiatan fizikal akan menyebabkan rasa tidak selesa.

Class IV: Inability to carry out any activity without discomfort. Symptoms of Congestive Cardiac Failure are present even at rest. With any increase in physical activity, discomfort will be experienced.

Diagnosis Infarksi Miokardial adalah berdasarkan kriteria-kriteria yang berikut:

The diagnosis of Myocardial Infarction will be based in the following criteria

- a. sejarah sakit dada yang tipikal; / *a history of typical chest pain;*
- b. perubahan baru dalam elektrokardiograf; dan / *new electro – cardiographic changes ; and*
- c. peningkatan enzim kardiak / *elevation of cardiac enzymes:*

1 Am / General

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

Ya Tidak
 Yes 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? seperti darah tinggi, diabetes, angina atau penyakit vaskular yang lain.
Has the Insured previously suffered from the condition specified above or any related illness? e.g. hypertension, diabetes, angina or other vascular disease

Ya Tidak
 Yes No

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

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

iv) Adakah terdapat apa-apa dalam sejarah keluarga Yang Diinsuranskan yang mungkin meningkatkan risiko serangan jantung?
Is there anything in the Insured's family history which would have increased the risk of a heart attack ?

v) 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 Penyakit Yang Diinsuranskan:

Details Of The Insured's Illness:

i) Sila berikan butir-butir diagnosis yang penuh dan tepat.
Give full and exact details of the diagnosis.

ii) Adakah Yang Diinsuranskan / *Did the insured have*

- | | | | | | |
|----|---|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------|
| a. | mempunyai sejarah sakit dada tipikal Infarksi Miokardial
<i>a history of typical chest pain of Myocardial Infarction</i> | <input type="checkbox"/> | Ya
Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak
No |
| b. | menunjukkan perubahan baru dalam ECG; dan
<i>new ECG changes</i> | <input type="checkbox"/> | Ya
Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak
No |
| c. | mengalami peningkatan enzim kardiak.
<i>Elevation of cardiac enzymes</i> | <input type="checkbox"/> | Ya
Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak
No |
| d. | mengalami infarksi "Q"- wave
<i>"Q" wave infarction</i> | <input type="checkbox"/> | Ya
Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak
No |
| e. | menjalani terapi trombolitik
<i>thrombolytic therapy</i> | <input type="checkbox"/> | Ya
Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak
No |

iii) Adakah Yang Diinsuranskan mengalami Kegagalan Jantung Kelas III atau Kelas IV (Klasifikasi Persatuan Jantung New York)?

Is the Insured in Class III or Class IV Heart Failure (NYHA Classification) ?

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

- v) Sila berikan keputusan sebarang penyiasatan yang dijalankan seperti ECG dalam keadaan rehat, ujian tekanan senaman, analisis enzim, pengimejan isotop, angiografi koronari dan LV.
Please give results of any investigations performed eg resting ECGs, exercise stress test, enzyme assays, isotope imaging, coronary and LV angiography.

Salinan sebarang laporan hospital yang berkaitan, jika ada, sangat dihargai.
We would be grateful for copies of any relevant hospital reports.

- 3 Jika terdapat sebarang maklumat selanjutnya, yang pada pendapat anda, boleh membantu kami dalam menilai tuntutan ini, sila catatkan maklumat tersebut di bawah:
If there is any further information which, in your opinion, will assist us in assessing this 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 is 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

Nama Klinik / Clinic/Hospital Stamp

Nama / Name _____

Kelayakan / Qualification _____

No. Tel / Tel No _____

Tarikh / Date _____

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

