

# Soal Selidik Perubatan Sulit (untuk diisi oleh doktor)

## Confidential Medical Questionnaire (to be completed by the doctor)

### Kerosakan Buah Pinggang *Kidney Failure*

Borang No.2  
Form No.2

Nama \_\_\_\_\_  
Name

No. Polisi \_\_\_\_\_  
Policy No.

Tarikh Lahir \_\_\_\_\_  
Date of Birth

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 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 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 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 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*

Kerosakan Buah Pinggang: Ketidapkulihan 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 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 extent?*

.....

- (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 were you first consulted for this disease and, at that time, how long had symptoms been present?*

.....

- (iv) Sebelum itu pernahkah Yang Diinsuranskan mengalami keadaan yang dinyatakan di atas atau penyakit yang berkaitan dengannya contoh, diabetes  
*Has the Insured previously suffered from renal disease or any related illness? e.g. diabetes*

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.*

.....

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

.....

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

.....

(vii) 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) Adakah penyakit buah pinggang Yang Diinsuranskan telah mencapai tahap akhir?  
*Is the insured's renal disease reached end stage?*  Ya / Yes  Tidak / No

(ii) Adakah Yang Diinsuranskan kini menjalani dialisis peritoneal atau hemodialisis secara tetap?  
*Is the Insured currently undergoing regular peritoneal dialysis or haemodialysis?*  Ya / Yes  Tidak / No

(iii) Adakah pemindahan buah pinggang telah dijalankan?  
*Has renal transplant been performed?*  Ya / Yes  Tidak / No

(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.*  
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 give names and addresses of any other medical practitioner who to your knowledge attended to the patient 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 \_\_\_\_\_

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

