

Soal Selidik Perubatan Sulit

(untuk diisi oleh doktor)

Confidential Medical Questionnaire (To be completed by the doctor)

Stroke / Strok

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 Strok 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 Stroke 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.

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:

STROK. Ini ditakrifkan sebagai sebarang kejadian serebovaskular yang menyebabkan kesan buruk neurologi yang kekal selama lebih daripada dua puluh empat (24) jam dan termasuk infarksi tisu otak, pendarahan dan penyekatan saluran darah akibat daripada punca luar tempurung dengan bukti gangguan neurofizikal yang kekal.

STROKE. This is defined as any cerebrovascular incident producing neurological sequelae lasting more than twenty four (24) hours and including infarction of brain tissue, haemorrhage or embolisation from an extra cranial source with evidence of permanent neurophysical deficit.

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 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, serangan iskemia sementara, angina atau penyakit vaskular yang lain. Ya Tidak
Has the Insured previously suffered from the condition specified above or any related illness?
e.g. hypertension, transient ischaemic attack, angina or other vascular disease

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 ?

.....

- v. Adakah terdapat apa-apa dalam sejarah keluarga Yang Diinsuranskan yang mungkin meningkatkan risiko strok?
Is there anything in the Insured's family history which would have increased the risk of stroke?

.....

- 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 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. Sila huraikan mengenai kejadian yang pertama:
Please describe the initial episode:

- a) Bentuk kejadian / Nature of episode

.....

.....

- b) Tarikh / Date **D D M M Y Y Y Y**

- c) Tempoh simptom teruk
Duration of acute symptoms

- d) Tarikh Yang Diinsuranskan dapat melakukan semula kegiatan normal dan/atau kekurangan keupayaan semasa – fizikal dan mental.
Date of return to normal activities and/or the insured's present limitations – physical and mental.

.....

- iii. a) sila beri pendapat mengenai sebarang kesan buruk neurologi yang kekal selama lebih 24 jam.
Please comment on any neurological sequelae which lasted more than 24 hours.

.....

- b) Adakah kesan buruk ini berkekalan?
Are these sequelae permanent ?

.....

.....

iv. Adakah berlaku infarksi tisu otak, pendarahan dan penyekatan saluran darah akibat daripada punca luar tempurung?
Has there been an infarction of brain tissue, haemorrhage of embolisation from an extra cranial source?

.....
.....

v. 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 has been referred together with the names of the consultants attended.

.....
.....

vii. Sila berikan butir-butir pemeriksaan radiologi, imbasan CT atau pengimejan NM dan bukti makmal serta sebarang ujian lain.
Please supply details of radiological, CT scanning or NM imaging and laboratory evidence as well as any other tests.

.....
.....

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

vii. Sila berikan nama dan alamat mana-mana pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat Yang Diinsuranskan dalam tempoh tiga tahun kebelakangan ini
Please give names and addresses 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 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 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

