

Soal Selidik Tuntutan Hayat

Life Claim Questionnaire

Rujukan Tuntutan _____ No. Polisi _____
Claim Reference Policy.No

Yang Diinsuranskan _____
Insured

1. Maklumat mengenai rundingan pertama / *Details of first consultation*

Tarikh <i>Date</i>	Sebab rundingan / diagnosis <i>Reason for consultation/ diagnosis</i>	Rawatan diberikan termasuk sebarang pembedahan yang dijalankan, bacaan tekanan darah/ <i>Treatment given including any surgery performed, blood pressure readings</i>	Tarikh Yang Diinsuranskan dimaklumkan mengenai diagnosis / <i>Date Insured was informed of diagnosis</i>

2. Maklumat mengenai rundingan lanjutan / *Details of subsequent consultations*

Tarikh <i>Date</i>	Sebab rundingan / diagnosis Sila berikan maklumat kini mengenai kekuatan otot bahagian terlibat jika diperlukan <i>Reason for consultation/ diagnosis: Please include muscle power of the affected side at present if applicable</i>	Rawatan diberikan termasuk sebarang pembedahan yang dijalankan, bacaan tekanan darah <i>Treatment given including any surgery if performed blood pressure readings</i>	Tarikh Yang Diinsuranskan dimaklumkan mengenai diagnosis/ <i>Date Insured was informed of diagnosis</i>

3. Tempoh simptom mengikut Yang Diinsuranskan atau keluarga Yang Diinsuranskan
Duration of symptoms according to the Insured or Insured's family

.....

4. Tempoh simptom mengikut pandangan anda
Duration of symptoms according to your opinion

.....

5. Adakah Yang Diinsuranskan sebelum ini mengalami tekanan darah tinggi dan/atau kencing manis.
 Jika "Ya", sila beri tarikh diagnosis secara tepat.
Had the Insured previously suffered from hypertension and / or diabetes. If "Yes", please give exact date of diagnosis.
- Ya
 Tidak
 Yes No

.....

6. Adakah Yang Diinsuranskan sebelum ini mengalami HIV positif dan/atau AIDS
 Jika "Ya", sila beri tarikh rundingan dan keputusan diagnosis.
Had the Insured previously suffered from HIV positive and / or AIDS. If "Yes", please give details of consultations and the resulting diagnosis.
- Ya
 Tidak
 Yes No

.....

6. i) Tarikh Yang Diinsuranskan mula mengetahui mengenai penyakit tersebut. / *On which date did the Insured first become aware of the disease.*

.....
 ii) Sila beri maklumat berkenaan gaya hidup Yang Diinsuranskan cth. homoseksual, lebih dari seorang pasangan seksual, pengambil dadah intravena dll.
Please give details in relation to the Insured's life style e. g. homosexual, more than one sexual partner, intravenous drugs user etc.

7. Maklumat dan keputusan semua penyelidikan / analisis yang anda aturkan. Bolehkah kami diberi satu salinan keputusan tersebut?
Details and results of all investigation / analysis arranged by you. Could we have a copy of the result?

Tarikh / Date	Ujian Dijalankan / Test Done	Keputusan Ujian / Result of Test

8. Adakah anda merujukkan Yang Diinsuranskan kepada doktor lain untuk rawatan selanjutnya? Jika ya, sila berikan nama dan alamat doktor berkenaan.
Did you refer the Insured to other doctors for further management? if yes, kindly give names and addresses of such doctors.

9. Sila berikan nama / alamat pakar perubatan yang pada pengetahuan anda ada merawat Yang Diinsuranskan dalam masa tiga tahun kebelakangan ini.
Please give names / addresses of any medical practitioner who to your knowledge attended to the Insured during the past three years

10. Sila berikan sebarang maklumat lain yang anda rasa berkaitan.
Please give any other information you feel may be relevant.

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 Pakar Perubatan / *Physician Signature:*

Nama / Name _____

Tarikh/Date _____ D D M M Y Y Y Y

No. Telefon / Telephone No. _____

Cop Rasmi Hospital / Hospital Official Stamp

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

