

Borang Tuntutan Hilang Upaya Keseluruhan dan Kekal

Total and Permanent Disability Claim Form

B. Kenyataan Pakar Perubatan

(Semua bil pakar perubatan yang merawat harus dibayar oleh Pembuat Tuntutan)

B. Attending Physician's Statement

(All bills of attending physicians must be paid by Claimant)

1. Nama Pembuat Tuntutan / Claimant's Name _____

2. No KP / NRIC _____ 3. Umur / Age _____

4. Berat / Weight _____ 5. Tinggi / Height _____

6. Jantina / Sex _____

7. Dengan siapakah anda bekerja ketika anda hilang upaya? (Nama Syarikat)
By whom were you employed when disabled? (Name of Company)

8. a) Adakah beliau hilang upaya keseluruhannya dan dilarang melakukan sebarang tugas atau melibatkan diri dalam sebarang pekerjaan atau profesion secara berterusan untuk gaji, pampasan atau keuntungan ?
Has he been totally disabled and continuously prevented from performing any work or engaging in any occupation or profession for wages, compensation or profit?

b) Jika ada, nyatakan tarikh mula hilang upaya
If so, on what date did such disability begin

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

9. Adakah beliau masih dalam keadaan hilang upaya? _____
Is he still disabled ?

10. Nyatakan secara ringkas / State briefly the

a) Punca kepada hilang upaya yang ditanggung _____
Cause of the disability suffered

b) Jenis dan tahap _____
Nature and severity

11. a) Adakah simptomnya berterusan? _____
Are the symptoms progressive ?

b) Beransur pulih? _____
Improving?

12. Sila nyatakan berkenaan rawatan yang diberi : Ubatan-ubatan termasuk dosej, pembedahan yang dilakukan berkaitan penyakit ini rawatan-rawatan lain (eg. fisio terapi)
Please provide details below with regards to the treatment given : Medicines prescribed, including dosage, surgery performed in connection with this illness, other treatments (eg.physio therapy)

13. Adakah Orang Diinsuranskan pada waktu ini / *Is the Assured currently*

- Berupaya berjalan / *Ambulatory*
 Terlantar di rumah / *Confined at home*
 Terlantar di hospital / *Confined at Hospital*
 Terlantar di atas katil / *Confined at bed*
 Mengalami batasan pergerakan atau gaya hidup lain? Jika ya, sila jelaskan
Subject to some other restriction in movement or lifestyle? If so, please give details

14. a) Adakah kehilangan upaya ini berkaitan dengan sebarang masalah lain yang dialami pesakit sebelum ini? Jika Ya, sila nyatakan *Is this disability related to any other condition from which the patient has suffered in the past?* Ya / *Yes* Tidak / *No*

b) Jika ada, sila terangkan
If yes, please specify

Tarikh Diagnosis <i>Date of Diagnosis</i>	Diagnosis/Keadaan <i>Diagnosis / Condition</i>	Nama doktor/hospital/klinik yang membuat diagnosis <i>Name of doctor/hospital/clinic who diagnosed</i>	Rawatan/Ubat Diberikan <i>Treatment / Medication rendered</i>

15. Jika beliau tidak terlantar, adakah beliau kini berkerusi roda / menggunakan sebarang alat bantuan jalan untuk bergerak ?
If he is not bedridden, is he at present wheelchair bound / using any walking aid to move around ?

16. Adakah kehilangan upaya ini kehilangan upaya keseluruhan dan kekal atau kehilangan upaya sebahagian dan kekal? Sila tanda dalam ruangan yang berkenaan:
Does his disability render him totally and permanently disabled or partially and permanently disabled ? Please tick in the appropriate column:

- Kehilangan Upaya Penuh dan Kekal / *Total and Permanent Disability*
 Ya / *Yes*
 Tidak / *No*
 Kehilangan Upaya Sebahagian / *Partially and permanently Disabled*
 Ya / *Yes*
 Tidak / *No*

17. a) Pada pandangan anda, tanpa kecederaan kesihatan, bolehkah beliau kembali bekerja atau berupaya melakukan sebarang tugas, pekerjaan atau profesion?
In your opinion, could he without injury to his health, resume any work or ever capable of doing or following any work, occupation or profession ?

b) Jika ya, pada tarikh bilakah beliau telah (atau akan) pertama kali memulakan tugas
If so, on what date was (or will) he first be able to resume such work

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

18. a) Jika beliau tidak berterusan mengalami hilang upaya kekal, pada anggarannya, berapa lamakah hilang upaya tersebut akan berterusan ?
If he is not continuously totally disabled, how much longer approximately will such total disability continue ?

b) Ramalan / Prognosis

19. Sila berikan maklumat tambahan termasuk X-ray, pemeriksaan neurologi secara terperinci (kekuatan otot dan refleks bahagian terlibat, jika ada) dll yang dapat membantu Syarikat menentukan wajarnya tuntutan ini
Please give additional information including X-rays, neurological examinations in detail (muscle power tone and reflexes of the affected side at present if applicable) etc. that will enable the Company to determine the merits of this claim

20. Berasaskan rekod terdahulu atau pengetahuan anda sendiri, sila berikan butiran mengenai penyakit, kemalangan, rawatan dan/atau prosedur pembedahan yang dijalankan bagi penyakit/keadaan (contohnya, Hipertensi, Diabetes atau sebarang penyakit lain yang berkaitan) yang dialami oleh Orang Diinsuranskan/pesakit.

Please state below from the past records or from your personal knowledge details of all illnesses, accidents, treatment and/or surgical procedures performed for the disease/condition (eg, Hypertension, Diabetes or any other related illness) that Assured/patient had suffered from

Tarikh Mula Dialami <i>Date of onset</i>	Aduan & Gejala <i>Complaints & Symptoms</i>	Diagnosis <i>Diagnosis</i>	Rawatan/ Pengurusan <i>Treatment / Management</i>	Nama Hospital /Klinik <i>Name of Hospital / Clinic</i>

Saya mengesahkan yang jawapan-jawapan kepada soalan-soalan di atas adalah benar dan tepat pada pengetahuan dan penilaian terbaik saya.
I certify that the answers to the above questions are truthful and just to the best of my knowledge and judgement.

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 you 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 Pemeriksa / *Signature of Examiner*

Cop Rasmi Hospital / *Hospital Official Stamp*

Nama Pemeriksa / *Name of Examiner* _____

Kelayakan Profesional / *Professional Qualifications* _____

Alamat / *Address* _____

No. Tel / *Tel No.* (HP) _____ (O) _____

E-mel / *Email* _____ Tarikh / *Date* _____ D D M M Y Y Y Y

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[®]