

KENYATAAN DOKTOR ATTENDING DOCTOR'S STATEMENT

Tarikh: _____

Date: _____

Doktor,
Dear Doctor,

REKOD PERUBATAN DI KLINIK ANDA MEDICAL RECORDS OF CONSULTATIONS AT YOUR CLINIC

No. Permohonan: _____ Nama Yang Diinsuranskan: _____
Application No.: _____ Name of Insured: _____No. KP: _____ Umur: _____ Jantina Lelaki Perempuan
NRIC No: _____ Age: _____ Sex Male Female

Yang dinamakan diatas telah membuat permohonan insurans hayat daripada syarikat kami dan telah memberi kebenaran kepada kami untuk merujuk kepada anda mengenai taraf kesihatan pemohon.
The above named has made an application for life insurance with our company and in the process has authorized us to refer to you for information regarding his/ her health status.

Sila nyatakan dengan teliti dan tepat butir-butir mengenai taraf kesihatan supaya kami boleh menilai permohonan insuransnya dan melengkapkan pemohon dengan insurans hayat. Kami hanya ingin merujuk kepada rekod perubatan lepas pemohon, oleh begitu, pemeriksaan perubatan tidak perlu dikendali untuk melengkapkan borang ini.
It would be in the applicant's best interest if all the material facts regarding his/ her health are fully stated in this form so as to allow us to assess his/ her insurance application and provide him/ her with life insurance coverage. Please note that we are requesting for his/ her past medical health records and as such a medical examination would not be required to complete this form. A consent letter duly signed by the above named is enclosed herewith for the release of his/ her past medical records available at your clinic.

Sila lengkapkan borang ini mengikut format dibawah. Jika anda tidak ingin mengikut format yang disediakan, sila lengkapkan kami dengan rekod dan laporan perubatan dengan alat tulis anda sendiri menggunakan format ini sebagai panduan untuk informasi yang diperlukan.
Kindly provide us with the following information by completing the format below. If for any reason you do not wish to use this format please feel free to provide us with a report on your personal stationery by using this format as a guide for the information that we require.

Kami akan membuat bayaran sebanyak RM50.00 untuk laporan perubatan ini.
Our payment for this medical report is RM50.00

Pemohon ingin tahu secepat mungkin samada dia diluluskan untuk insurans hayat, oleh sebab itu kami menghargai pengembalian laporan ini secepat mungkin.
We would appreciate an early reply from you as the applicant is very anxious to know whether his/ her application is acceptable for Life Insurance coverage.

Terima kasih atas kerjasama anda.
Thank you for your cooperation.

No. Telefon 03-2109 6000
Telephone No 1-300-888-622

Jika anda tidak mempunyai sebarang rekod perubatan pemohon tersebut, sila tanda di kotak di bawah dan pulangkan borang ini kepada syarikat kami.
If you do not have any records on the proposed life assured, please tick the box below and return the document to our company.

Saya tidak mempunyai rekod perubatan yang dinamakan.
I do not have any medical records of the above named.

Cop Klinik/ Clinic Rubber Stamp_____
Tandatangan Doktor/ Signature of Doctor

1.	a) Tarikh pertama yang diinsuranskan dirawati. <i>Date the proposed life assured first consulted by you.</i>				
	b) Tarikh akhir anda berjumpa yang diinsuranskan. <i>Date you last saw him/her professionally.</i>				
2.	Sila nyatakan dari rekod perubatan anda atau dari pengetahuan sendiri butir-butir penyakit, kemalangan atau pembedahan yang dialami atau dirawati di klinik anda. <i>Please state from past records or from your personal knowledge details of all illnesses, accident surgical operations or diseases from which the applicant has suffered or has been treated at your clinic.</i>				
	Tarikh <i>Date</i>	Simptom <i>Symptoms</i>	Diagnosis <i>Diagnosis</i>	Rawatan yang diberi <i>Treatment rendered</i>	Tempoh Cuti Sakit <i>Duration of Medical Leave</i>
3.	Adakah bacaan tekanan darah yang dicadangkan yang diinsuranskan dicatatkan semasa rawatan di klinik? <i>Are there any blood pressure readings records taken during his/ her clinical consultations?</i>		Ya/Yes <input type="checkbox"/>		Tidak/No <input type="checkbox"/>
	Tarikh direkod <i>Date recorded</i>				
	Bacaan Tekanan Darah <i>Blood Pressure Readings</i>				
4.	Adakah anda mempunyai rekod catatan berat badan dan ketinggian yang diinsuranskan? <i>Are there any height and weight records taken?</i>		Ya/Yes <input type="checkbox"/>		Tidak/No <input type="checkbox"/>
	Tarikh catatan <i>Dates recorded</i>				
	Tinggi <i>Height</i>				
	Berat <i>Weight</i>				
5.	Adakah yang diinsuranskan? <i>Does the proposed life assured?</i>			Dalam bentuk apa dan berapa kuantitinya <i>In what form and quantity</i>	
	a) Hisap rokok <i>Smoke</i>		Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	
	b) Minum alkohol <i>Drink alcohol</i>		Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	
	c) Menggunakan dadah <i>Use narcotics</i>		Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	

6.	Adakah anda mempunyai rekod pemeriksaan air kencing? <i>Are there any urinalysis results available in the records?</i>			Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	Tarikh analisis <i>Date analyzed</i>	Albumin <i>Albumin</i>	Gula <i>Sugar</i>	Darah <i>Blood</i>	Mikroanalisis <i>Microanalysis</i>
7.	Sila nyatakan semua keputusan penyelidikan yang dijalankan semasa rawatan yang diinsuranskan di klinik anda.(CXR, ECG, TMX, Pemeriksaan darah, Imbasan, Gastroscopy, etc) <i>Please provide results of all investigations carried out in the process of his/ her treatment at your clinic. (CXR, ECG, TMX, Blood test, Ultrasound, Gastroscopy, etc)</i>				
	Tarikh penyelidikan <i>Date of investigation</i>	Tujuan penyelidikan <i>Reason for investigation</i>	Jenis penyelidikan <i>Types of investigation</i>	Keputusan penyelidikan <i>Results of investigation</i>	
8.	Setahu anda, adakah kemungkinan tinggi pemohon terdedah kepada AIDS atau dijangkiti virus HIV? <i>Do you have any reasons to believe that the applicant would be a higher than average risk for AIDS or infection by HIV?</i>			Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	Jika Ya, sila nyatakan dengan lanjut. <i>If Yes, please elaborate.</i>				
9.	Adakah anda mempunyai pengetahuan samada yang diinsuranskan pernah dirawat, dinasihati atau diperiksa oleh doktor lain? <i>Do you have any knowledge of this proposed life assured having received advice, treatment or having investigations carried out by any other doctor?</i>			Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	Tarikh lawatan <i>Date of visit</i>	Tujuan rawatan <i>Reason for consultation</i>	Nama dan alamat <i>Name and address</i>	Jenis pemeriksaan <i>Type of test done</i>	Keputusan Doktor <i>Results of test done</i>

10.	Pernahkah biopsi atau pembedahan dilaksanakan? <i>Was any biopsy or surgical operation ever carried out?</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
Jika Ya, sila berikan kepada kami salinan laporan histopathology. <i>If Yes, please provide us with a copy of the histopathology report.</i>			
11.	Kami faham bahawa yang diinsuranskan telah ditemui pada _____ untuk _____ dan kami amat berterima kasih sekiranya anda dapat memberikan kami maklumat lanjut berkaitan pemeriksaan/ rawatan tersebut. Sila kemukakan maklumat lanjut dengan mengisi soal selidik yang dilampirkan disini. <i>We understand that the proposed life assured consulted on _____ for _____ and as such we would be grateful if you could kindly provide us with further information regarding this consultation/ treatment. Kindly provide further information by completing the questionnaire attached herewith.</i>		
12.	Sila gunakan ruang yang disediakan untuk melengkapkan kami dengan komen tambahan yang boleh membantu kami untuk memahami dengan lanjutnya taraf kesihatan yang diinsuranskan. (Sila gunakan kertas tambahan jika perlu) <i>Please use this space to provide us with any other additional comments that you feel may assist us to understand the proposed life assured impairments or health status. (Please use additional sheets if necessary)</i>		

Laporan ini telah disediakan oleh:
This report has been prepared by:

 Nama Doktor
Name of Doctor

 Cop Klinik
Clinic Rubber Stamps

 Tandatangan Doktor
Signature of Doctor

 Tarikh
Date

Sila kembalikan borang soal selidik ini kepada Penaja Jamin Syarikat kami dalam sampul surat yang bertutup untuk memastikan kandungannya adalah sulit.
Kindly return this questionnaire in a sealed envelope to the Underwriter of our Company so as to maintain confidentiality.