

ATTENDING DOCTOR'S STATEMENT PERNYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

Dear Doctor / Tuan Doktor,

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

Name / Nama: _____ Proposal Number / No. Cadangan: _____

Age / Umur: _____ Sex / Jantina: _____ NRIC No. / No. KP: _____

The above named has made an application for life insurance with our Company and in the process has authorised us to refer to you for information regarding his health status. / Penama di atas telah membuat permohonan bagi insurans hayat dengan Syarikat kami dan dalam proses permohonan tersebut beliau telah memberikan kuasa kepada kami untuk merujuk kepada anda bagi mendapatkan maklumat berkaitan keadaan kesihatan beliau.

It would be in the applicant's best interest if all 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 current 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. / Semua fakta penting tentang kesihatan pemohon sepatutnya dinyatakan dengan lengkap dalam borang ini demi kepentingan beliau bagi membolehkan kami menilai permohonan insuransnya dan menyediakan kepadanya perlindungan insurans hayat. Sila ambil perhatian bahawa kami memohon memperoleh rekod kesihatan lampau beliau agar pemeriksaan perubatan semasa tidak lagi diperlukan untuk melengkapkan borang ini. Surat persetujuan yang sempurna ditandatangani oleh penama yang di atas dilampirkan bersama-sama ini bagi tujuan melepaskan rekod perubatan beliau yang ada di klinik anda.

Kindly provide us with the following information by completing the form below. If for any reason you do not wish to use this form please feel free to provide us with a report on your personal stationery by using this form as a guide for the information that we require. / Sila kemukakan maklumat yang berikut ini kepada kami dengan melengkapkan borang yang di bawah ini. Sekiranya disebabkan sesuatu hal anda tidak berhasrat untuk menggunakan borang ini janganlah teragak-agak untuk menyediakan laporan tersebut kepada kami menggunakan alat tulis peribadi dengan menggunakan borang ini sebagai panduan bagi maklumat yang kami perlukan.

Our normal payment for this medical report is RM / Pembayaran biasa kami bagi laporan perubatan ialah RM _____

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. / Kami amat berterima kasih atas jawapan yang segera dari anda kerana pemohon ini tidak sabar untuk mengetahui sama ada permohonannya di terima bagi perlindungan insurans hayat.

Thank you for your cooperation. / Terima kasih atas kerjasama tuan.

Yours sincerely / Yang benar,

Name of Underwriter / Nama Pengunderaitan

If you do not have any records on the proposed life assured, please tick the box below and return the document to the above-named Officer or our Company. / Jika anda tidak mempunyai sebarang rekod tentang insured, sila tandakan rait pada kotak di bawah ini dan kembalikan dokumen ini kepada Pegawai Syarikat yang dinamakan di atas.

I do not have any medical records of the above-named / Saya tidak mempunyai sebarang rekod perubatan tentang penama di atas.

Rubber Stamp of Clinic / Cap Klinik

Signature of Doctor / Tandatangan Doktor



1. (a) Date the proposed life assured first consulted you / Tarikh insured dicadangkan mula-mula datang berjumpa dengan anda:

(b) Date you last saw him/her professionally / Tarikh terakhir anda berjumpa dengannya (secara profesional):

2. Please state from past records or from your personal knowledge details of all illnesses, accidents, surgical operations or diseases from which the applicant has suffered or for which he/she has been treated at your clinic. / Sila nyatakan dari rekod lampau anda atau daripada pengetahuan peribadi anda tentang semua sakit, kemalangan, pembedahan atau penyakit yang dihadapi atau yang beliau datang untuk rawatan di klinik anda.

Date Tarikh	Complaints & Symptoms Aduan & Simtom	Diagnosis Established Diagnosis Dibuat	Treatment Rendered Rawatan Diberikan	Duration of Medical Leave Tempoh Cuti Sakit

3. Were any blood pressure readings records taken during his/her clinic consultations? / Adakah sebarang bacaan tekanan darah yang dicatatkan pada masa perundingan di klinik anda?

Yes / Ya No / Tidak

Date B.P. Recorded Tarikh T.D. Dicatatkan	Blood Pressure Readings Bacaan Tekanan Darah

Date B.P. Recorded Tarikh T.D. Dicatatkan	Blood Pressure Readings Bacaan Tekanan Darah

4. Are any height and weight records available? / Adakah catatan tentang tinggi dan berat badan?

Yes / Ya No / Tidak

Date Recorded Tarikh Dicatatkan	Height Tinggi	Weight Berat badan

5. Does the proposed life assured / Adakah insured dicadangkan:

Yes / Ya No / Tidak

In what form & quantity / Dalam bentuk apa & kuantiti

a. Smoke? / Merokok?

b. Drink alcohol? / Minum arak?

c. Use narcotics? / Mengambil narkotik?

6. Are there any urinalysis results available in the records? / Adakah sebarang hasil analisis air kencing dalam catatan anda?

Yes / Ya No / Tidak

Date Analysed Tarikh Analisis	Albumin Albumin	Sugar Gula	Blood Darah	Microanalysis Mikroanalisis

7. Please provide results of all investigations carried out in the process of his/her treatment at your clinic. (CXR, ECG, BMX, Blood test, Ultrasound, Gastroscopy, etc.) / Sila kemukakan semua hasil penyiasatan yang dilaksanakan dalam masa beliau dirawat di klinik anda. (CXR, ECG, BMX, Ujian darah, Ultrabunyi, Gastroskopi, dll.)

Date of Investigation Tarikh Penyiasatan	Reasons for Investigation Sebab Penyiasatan	Types of Investigation Jenis Penyiasatan	Results of Investigation Keputusan Penyiasatan

8. Do you have any reason to believe that the applicant would be a higher than average risk for AIDS or infection by HIV? Please elaborate if the answer is "Yes". / Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mempercayai bahawa pemohon mempunyai risiko terhadap AIDS atau jangkitan HIV yang lebih tinggi daripada biasa? Sila huraikan jika jawapan anda ialah "YA"

Yes / Ya No / Tidak

9. Do you have any knowledge of this proposed life assured having received advice, treatment or having investigations carried out by any other doctor? / Tahukah anda bahawa insured dicadangkan ini pernah menerima nasihat, rawatan atau penyiasatan dijalankan ke atasnya oleh mana-mana doktor yang lain?

Yes / Ya No / Tidak

Date of Visit Tarikh Lawatan	Reasons for Consultation Sebab Perundingan	Name & Address of Physician Consulted Nama & Alamat Doktor Perubatan Dirundingi	Type of Test Done Jenis Ujian Dilakukan	Results of Test Done Hasil Ujian Dilakukan

10. i) Was any biopsy and/or surgical operation ever carried out? If the answer is "Yes" Kindly provide us with a copy of the histopathology report. / Adakah apa-apa biopsi dan/atau pembedahan dilakukan? Jika jawapannya "Ya" sila berikan satu salinan laporan histopathologi kepada kami.

Yes / Ya No / Tidak

ii) Was there any evidence of malignant neoplasm, cancer or premalignant tumours? / Adakah sebarang bukti neoplasma malignan, kanser atau tumor pramalignan ?

Yes / Ya No / Tidak

11. We understand that the proposed life assured consulted you 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. / Kami faham bahawa insured dicadangkan telah berunding dengan anda pada _____ kerana _____ dan oleh sebab itu kami berterima kasih jika anda dapat membekalkan maklumat tambahan berkaitan perundingan/rawatan beliau itu kepada kami. Sila kemukakan maklumat tambahan dengan melengkapkan kaji selidik yang dilampirkan bersama-sama ini.

12. 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) / Sila gunakan ruang kosong yang disediakan ini untuk memberikan sebarang ulasan tambahan, jika anda rasa hal itu dapat membantu kami untuk memahami kedudukan kesihatan dan kelemahan insured dicadangkan. (Sila gunakan helaian tambahan jika perlu).

This report has been prepared by

Laporan ini disediakan oleh:

Signature of Doctor / Tandatangan Doktor

Clinic Rubber Stamp / Cap Klinik

Name of Doctor / Nama Doktor : _____

Telephone No. / No. Telefon : _____

Dated / Tarikh : _____

Kindly return this form to our company at our Head Office in a sealed envelope to the underwriter of our Company so as to maintain confidentiality of the information provided. / Sila kembalikan borang ini kepada pengunderaitan Syarikat kami di Ibu Pejabat kami dalam sampul bertutup bagi mengekalkan kerahsiaan maklumat yang diberikan.

(We thank you for completing this form / Kami berterima kasih atas kerjasama anda melengkapkan borang ini.)