

Soal Selidik Perubatan Sulit

(untuk diisi oleh doktor)

Confidential Medical Questionnaire (To be completed by the doctor)

Aids Dengan Gejala Penuh / *Full Blown Aids*

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 (8029-A) terhadap kejadian-kejadian luar jangkaan tertentu yang berlaku berkaitan dengan kesihatannya. Satu tuntutan telah dikemukakan berkaitan dengan Aids Dengan Gejala Penuh 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 Full Blown Aids and, to enable us to assess the claim, we should be obliged if you would complete this confidential report and return it directly 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:

AIDS DENGAN GEJALA PENUH. Tanda-tanda klinikal AIDS mesti disokong oleh keputusan positif ujian antibodi HIV dan ujian pengesahan Western Blot. Di samping itu, Pemegang Insurans mesti mempunyai bilangan sel CD4 kurang daripada dua ratus (200) dan memenuhi satu atau lebih kriteria berikut:

FULL BLOWN AIDS. The clinical manifestation of AIDS must be supported by the results of a positive HIV antibody test and confirmatory Western Blot test. In addition, the life Insured must have a CD4 cell count of less than two-hundred (200) and one or more of the following criteria are met:

- a. Hilang berat badan atau lebih daripada 10% berat badan dalam tempoh enam (6) bulan atau kurang (sindrom kelesuan);
weight loss or more than 10% of body weight over a period of six (6) months or less (wasting syndrome);
- b. sarkoma kaposi;
kaposi sarcoma;
- c. pneumonia pneumosistik karinii;
pneumocystic carinii pneumonia;
- d. leukoensefalopati multifokal yang semakin teruk;
progressive multifocal leukoencephalopathy;
- e. batuk kering aktif;
active tuberculosis;
- f. limfosit kurang daripada satu ribu (1000);
less than one-thousand (1000) lymphocytes;
- g. limfoma malignan.
malignant lymphoma.

1. Am / General

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 extend ?

.....
.....

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?

.....
.....

Sebelum itu pernahkah Yang Diinsuranskan mengalami keadaan yang dinyatakan di atas atau penyakit yang berkaitan dengannya, seperti penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks atau Hepatitis B?
Has the Insured previously suffered from the condition specified above or any related illness, e.g. sexually transmitted disease or Hepatitis B?

Ya
Yes Tidak
No

Jika 'Ya', sila berikan tarikh pemeriksaan dan diagnosis yang dibuat.
If "Yes", please give dates of consultations and the resulting diagnosis.

.....
.....

Bilakah Yang Diinsuranskan mula menyedari tentang penyakit ini?
On which date did the Insured first become aware of the disease ?

.....
.....

Sila berikan butir-butir berhubung dengan gaya hidup Yang Diinsuranskan seperti kecenderungan homoseks, mempunyai lebih daripada seorang pasangan seks, mengambil dadah menerusi suntikan dan sebagainya.
Please give detail in relation to the Insured's life style eg. homosexuality, more than one sexual partner, intravenous drugs user etc.

.....
.....
.....

**2. Butir-Butir Penyakit Yang Diinsuranskan:
Details Of The Insured's Illness:**

Apakah bahagian atau organ yang terlibat (jika berkaitan)
What is site or organ involved (if relevant)

.....
.....
.....

Berapakah bilangan terbaru sel CD4?
What is the most recent CD4 cell count?

.....

.....

Adakah bilangan sel CD4 bertambah baik atau semakin buruk? Sila berikan butir-butir: tarikh dan keputusan ujian yang dijalankan.
Is the CD4 cell count improving or deteriorating? Please give details:- Dates and results of tests done.

.....

.....

Adakah Yang Diinsuranskan kehilangan lebih daripada 10% berat badan dalam tempoh enam (6) bulan atau kurang (sindrom kelesuan)?
Sila berikan butir-butir berat badan yang dicatatkan.
*Is there weight loss of more than 10% of body weight over a period of 6 months or less (wasting syndrome)?
Please give details of the weights recorded.*

.....

.....

Adakah penyakit-penyakit berkaitan yang berikut dihidapi? Jika 'Ya' sila nyatakan tarikh diagnosis.
Are there any of the following related diseases? If 'Yes' please include date of diagnosis.

a. Sarkoma kaposi
Kaposi's sarkoma Ya Yes Tidak No

Tarikh / Date D D M M Y Y Y Y

b. Pneumonia pneumosistik karinii
Pneumoeystic carinnii pneumonia Ya Yes Tidak No

Tarikh / Date D D M M Y Y Y Y

c. Leukoensefalopati multifokal yang semakin teruk
Progressive multifocal leukoencepalopathy Ya Yes Tidak No

Tarikh / Date D D M M Y Y Y Y

d. Batuk kering aktif
Active tuberculosis Ya Yes Tidak No

Tarikh / Date D D M M Y Y Y Y

e. Limfoma malignan
Malignant lymphoma Ya Yes Tidak No

Tarikh / Date D D M M Y Y Y Y

Sila nyatakan jenis rawatan yang diberikan. / *Please state nature of treatment given.*

.....

.....

Jika rawatan susulan diperlukan, sila berikan tarikh rawatan susulan seterusnya.
If follow up is necessary please give us the date of the next follow up.

.....

.....

Sila berikan alamat penuh mana-mana hospital di mana Yang Diinsurankan telah dirujuk bersama dengan nama-nama perunding yang merawatnya.

Please provide the full address of any hospitals to which the Insured was referred together with the names of the consultants attended.

.....
.....

Sila berikan nama dan alamat mana-mana pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat Yang Diinsurankan dalam tempoh tiga tahun yang lalu.

Please give names and addressess of any other medical practitioner who to your knowledge attended to the insured during the past three years.

.....
.....

Salinan sebarang laporan hospital yang berkaitan, jika ada, sangat dihargai.

We would be grateful for copies of any relevant hospital reports.

.....
.....

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



ZURICH[®]