



**INFECTIOUS DISEASE CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN RAWATAN PENYAKIT BERJANGKIT -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

The below named is insured with us against the happening of a certain contingent event associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with his/her illness/injury. To enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

*Orang yang namanya dinyatakan dibawah diinsuranskan dengan kami terhadap kejadian tertentu yang berlaku. Satu tuntutan berkaitan dengan penyakit/ kecederaan telah di serah kepada kami dan untuk membolehkan kami memproses tuntutan tersebut, kami menghargai kerjasama anda untuk melengkapkan borang ini.*

Note: This form is to be completed at the Patient's expense. *Borang ini untuk diisi atas perbelanjaan Pesakit.*

1. (a)	Name of Patient / Nama Pesakit	
(b)	The Patient's identity card number from your records <i>Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda</i>	
2. (a)	Are you the Patient's usual medical attendant? If yes, for how long? <i>Adakah anda doktor yang biasa bagi Pesakit? Jika ya, sudah berapa lama?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  _____ <i>(Please state / Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan)</i>
(b)	If not, please provide the name and address of the usual medical attendant if known to you / <i>Jika tidak, sila berikan nama dan alamat doktor yang biasa dengan Pesakit jika anda tahu.</i>	
<b>3. Medical Details / Butir Perubatan</b>		
(a)	Date you were first consulted for this condition. <i>Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.</i>	DD          MM          YY ____ HH ____ BB ____ TT
(b)	What was the symptoms complaint of when you were first consulted? <i>Apakah gejala yang wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?</i>	
(c)	Duration of the symptoms when first consulted. <i>Tempoh gejala bila kali pertama keadaan ini irujuk.</i>	_____ <i>(Please state / Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan)</i>
(d)	The date of diagnosis / Tarikh diagnosis	DD          MM          YY ____ HH ____ BB ____ TT
(e)	On which date did the Patient become aware of this illness? / <i>Bilakah kali pertama Pesakit diberitahu tentang penyakit ini?</i>	DD          MM          YY ____ HH ____ BB ____ TT
(f)	What is the full blood count of the Patient? <i>Apakah pengiraan sel darah Pesakit?</i>	
(g)	What was the clinical presentation? <i>Apakah keputusan klinikal?</i>	
(h)	Is the diagnostics tests results related to any of the following? <i>Adakah keputusan ujian-ujian yang telah dijalankan berkaitan dengan mana-mana yang berikut?</i>	<input type="checkbox"/> Avian Influenza specifically the H5N1 strain / <i>Avian Influenza jenis khususnya H5N1</i> <input type="checkbox"/> Dengue Fever/Dengue Hemorrhagic Fever <i>Demam Denggi/Denggi Hemorhagik</i> <input type="checkbox"/> Hand, Foot and Mouth Disease <i>Penyakit Tangan, Kaki dan Mulut</i> <input type="checkbox"/> Malaria / <i>Malaria</i> <input type="checkbox"/> Severe Acute Respiratory Syndrome <i>Sindrom Respiratori Akut Teruk</i>



**INFECTIOUS DISEASE CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN RAWATAN PENYAKIT BERJANGKIT -**  
**KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

(i)	Please attach copies of any relevant reports that are available. / <i>Sila lampirkan salinan bagi apa-apa laporan yang berkaitan.</i>	
(j)	Have you treated the Patient for any other illness? If yes, for what complaint and when? <i>Pernahkah anda merawat Pesakit kerana apa-apa penyakit yang lain? Jika pernah, apakah penyakitnya dan bila?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD                      MM                      YY ____ HH      ____ BB      ____ TT
4.	Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / <i>Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.</i>	

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.  
*Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.*

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Name / Nama:
	Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i>
	Address/ Alamat:
	Date / Tarikh : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i> <span style="float: right;">DD / TT    MM / BB    YYYY / TTTT</span>	