

# ATTENDING DOCTOR'S STATEMENT

## PENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

Dear Doctor / Tuan,

### MEDICAL RECORDS OF CONSULTATIONS AT YOUR CLINIC / PENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

Name / Nama: \_\_\_\_\_

Age / Umur: \_\_\_\_\_ Sex / Jantina: \_\_\_\_\_ NRIC No. / No. K.P.: \_\_\_\_\_

The above named has made an application for life insurance with our Company and in the process has authorized us to refer you for information regarding his health status.

*Orang yang namanya dinyatakan di atas telah membuat permohonan untuk mendapatkan insurans hayat dengan Syarikat kami dan dalam proses itu telah membenarkan kami merujuk kepada anda untuk mendapatkan maklumat yang berkaitan dengan keadaan kesihatannya.*

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 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.

*Demi kepentingan pemohon, semua fakta matan yang berkaitan dengan kesihatannya sebaiknya dinyatakan dengan lengkap dalam borang ini supaya kami boleh menilai permohonan insurans permohon dan menyediakan perlindungan insurans hayat kepada pemohon. Disini dimaklumkan bahawa kami memohon rekod kesihatan perubatannya yang lepas dan dengan demikian pemeriksaan perubatan terkini tidak diperlukan untuk melengkapkan borang ini. Surat kebenaran yang ditandatangani seperti yang sepatutnya oleh orang yang namanya dinyatakan di atas, disertakan bersama-sama ini untuk mendapatkan rekod perubatannya yang lepas yang terdapat 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 report on your personal stationery by using this form as a guide for the information that we require.

*Sila sediakan maklumat berikut kepada kami dengan mengisi borang di bawah dengan lengkap. Jika atas apa-apa sebab tertentu anda tidak ingin menggunakan borang ini, anda boleh menyediakan sendiri laporan kepada kami dengan menggunakan borang ini panduan bagi maklumat yang kami kehendaki.*

Our normal payment for this medical report is RM  
Bayaran biasa kami untuk laporan perubatan ini 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 menghargai sekiranya anda dapat member jawapan yang awal memandangkan pemohon ingin sekali mengetahui sama ada permohonannya dapat diterima atau tidak untuk perlindungan Insurans Hayat.*

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

Yours sincerely / Yang ikhlas

\_\_\_\_\_  
(Name of Underwriter / Nama Penanggung Jamin)

\_\_\_\_\_  
Telephone Number / Nombor Telefon

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 of our Company.

*Jika anda tidak mempunyai apa-apa rekod tentang orang yang dicadangkan, sila tandakan pada kotak di bawah dan pulangkan dokumen ini kepada Pegawai Syarikat kami yang namanya dinyatakan di atas.*

I do not have any medical records of the above named  
*Saya tidak mempunyai apa-apa rekod perubatan tentang orang yang namanya dinyatakan di atas.*

\_\_\_\_\_  
Rubber Stamp of Clinic / Cap Getah Klinik

\_\_\_\_\_  
(Signature of Doctor / Tandatangan Doktor)

NB/AttendingDoctorStatement/V2.0/2020

1	(a) Date the proposed life assured first consulted you: <i>Bilakah kali pertama orang yang dicadangkan merujuk kepada anda:</i>				
	(b) Date you last saw him/her professionally: <i>Bilakah kali terakhir anda berjumpanya untuk rawatan:</i>				
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. <i>Sila nyatakan, berdasarkan rekod yang lepas atau daripada pengetahuan peribadi anda, butir tentang semua penyakit, kemalangan, atau pembedahan yang dihadapi oleh pemohon atau yang menerima rawatan di klinik anda.</i>				
	Date <i>Tarikh</i>	Complaints & Symptoms <i>Aduan &amp; Gejala</i>	Diagnosis Established <i>Diagnosis yang Dibuat</i>	Treatment Rendered <i>Rawatan yang Diberikan</i>	Duration of Medical Leave <i>Tempoh Cuti Sakit</i>
3	Were any blood pressure readings records taken during his/her clinical consultations? <i>Adakah apa-apa bacaan tekanan darah direkodkan semasa perundingan perubatan pemohon?</i>				
	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK				
	Date B.P. Recorded <i>Tarikh Tekanan Darah Direkodkan</i>	Blood Pressure recorded <i>Bacaan Tekanan Darah</i>	Date B.P. Recorded <i>Tarikh Tekanan Darah Direkodkan</i>	Blood Pressure recorded <i>Bacaan Tekanan Darah</i>	
4	Are any height and weight records available? <i>Adakah terdapat apa-apa rekod bagi ketinggian dan berat badan?</i>				
	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK				
	Date Recorded <i>Tarikh Direkodkan</i>	Height <i>Tinggi</i>		Weight <i>Berat</i>	
5	Does the proposed life assured <i>Adakah orang yang dicadangkan</i>				
	a. Smoke / Merokok <i>In what form &amp; quantity / Dalam apa bentuk &amp; kuantiti</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK			
	b. Drink alcohol / Meminum minuman keras <i>In what form &amp; quantity / Dalam apa bentuk &amp; kuantiti</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK			
	c. Use narcotics / Menggunakan Dadah <i>In what form &amp; quantity / Dalam apa bentuk &amp; kuantiti</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK			
6	Are there any urinalysis results available in the records? <i>Adakah terdapat dalam rekod apa-apa keputusan urinalisis?</i>				
	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK				
	Date Analysed <i>Tarikh Analisis</i>	Albumin <i>Kandungan Albumin</i>	Sugar <i>Kandungan Gula</i>	Blood <i>Kandungan Darah</i>	Microanalysis <i>Mikroanalisis Darah</i>
7	Please provide results of all investigations carried out in the process of his/her treatment at your clinic.				

<p>(CXR, ECG, Blood test, Ultrasound, Gastroscopy, etc.)  <i>Sila nyatakan keputusan bagi semua kajian yang dijalankan dalam proses rawatan pesakit di klinik anda.            (CXR, ECG, Ujian Darah, Ultrasound, Gastroskopi, dan sebagainya.)</i></p>					
Date of Investigation <i>Tarikh Kajian</i>		Reason for Investigation <i>Tujuan Kajian</i>		Result of Investigation <i>Keputusan Kajian</i>	
8	<p>Do you have any reason to believe that the applicant would be a higher than average risk for AIDS of infection by HIV?            Please elaborate if the answer is "YES"  <i>Adakah anda mempunyai apa-apa sebab untuk mempercayai bahawa pemohon lebih berisiko tinggi daripada biasa menghidap AIDS atau mendapat jangkitan melalui HIV?            Sila terangkan jika "YA"</i></p>			<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK	
9	<p>Do you have any knowledge of the proposed life assured having received advice, treatment or having investigations carried out by other doctor?  <i>Adakah anda mempunyai apa-apa maklumat bahawa orang yang dicadangkan ini menerima nasihat, rawatan atau mendapatkan mana-mana doktor lain melakukan kajian terhadapnya?</i></p> <input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK				
	Date of visit <i>Tarikh Kunjungan</i>	Reasons for consultation <i>Tujuan perundingan</i>	Name and address of physician consulted <i>Nama dan alamat pakar perubatan yang dirujuk</i>	Type of test done <i>Jenis ujian yang dilakukan</i>	Results of test done <i>Keputusan ujian yang dilakukan</i>
10	<p>Was any blospy and/or surgical operation ever carried out?            If the answer is "YES", kindly provide us with a copy of the histopathology report.  <i>Pernahkah apa-apa biopsi dan/atau pembedahan dilakukan?            Jika jawapannya "YA", sila berikan salinan laporan histopatologi kepada kami.</i></p>			<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK	
11	<p>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.  <i>Saya difahamkan bahawa orang yang dicadangkan merujuk kepada anda tentang pada dan dengan demikian kami menghargai sekiranya anda dapat memberikan maklumat lanjut kepada kami berhubung dengan perundingan/rawatan ini. Sila berikan maklumat lanjut dengan melengkapkan borang soal selidik yang dilampirkan bersama-sama ini.</i></p>				
12	<p>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>Sila gunakan ruang ini untuk memberikan apa-apa ulasan tambahan yang dirasakan dapat membantu kami memahami gangguan atau tahap kesihatan orang yang dicadangkan. (Sila gunakan helaian tambahan jika perlu)</i></p>				

13	This report has been prepared by <i>Laporan ini telah disediakan oleh:</i>
	_____
	(Signature of Doctor / <i>Tandatangan Doktor</i> )
	_____
	Clinic Rubber Stamp <i>Cap Rasmi Klinik:</i>
	Name of Doctor <i>Nama Doktor:</i> _____
	Telephone No <i>Nombor Telefon:</i> _____
	Date <i>Tarikh:</i> _____

KINDLY RETURN THIS FORM IN A SEALED ENVELOPE TO THE UNDERWRITER OF OUR COMPANY SO AS TO MAINTAIN CONFIDENTIALITY OF THE INFORMATION PROVIDED. (WE THANK YOU FOR COMPLETING THIS FORM)

*SILA KEMBALIKAN BORANG INI DALAM SAMPUL SURAT YANG BERGAM KEPADA PENANGGUNG JAMIN SYARIKAT KAMI UNTUK MENJAMIN MAKLUMAT YANG DIBERIKAN ADALAH SULIT (TERIMA KASIH KERANA MENGISI BORANG INI DENGAN LENGKAP)*

Name of Underwriter  
*Nama Penanggung Jamin:* \_\_\_\_\_

Date  
*Tarikh:* \_\_\_\_\_

Telephone No  
*Nombor Telefon:* \_\_\_\_\_