

Discharge Medical Report Form

Borang Laporan Perubatan Discaj



QBE Insurance (Malaysia) Berhad Reg. No.: 161086-D

(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)
No. 638, Level 6, Block B1, Leisure Commerce Square, No. 9, Jalan PJS 8/9, 46150 Petaling Jaya,
Postal Address P.O. Box 10637, 50720 Kuala Lumpur, Malaysia.
telephone +603 7861 8400 • facsimile +603 7873 7430
SST Reg No: B16-1808-31042744
www.qbe.com/my

Important notice

Notis Penting

- **Please read the Claim Form fully prior to answering the Questions.**
Sila baca Borang Tuntutan selengkapnya sebelum menjawab Soalan-Soalan.
- **The Claim Form is to be completed and signed by the Chief Executive Officer, Managing Director or by a Partner, Director or Principal of the Insured.**
Borang Tuntutan hendaklah dilengkapkan dan ditanda tangani oleh Ketua Pegawai Eksekutif, Pengarah Pengurusan atau oleh Rakan Kongsi, Pengarah atau Pengetua Orang yang Diinsuranskan.
- **ALL questions must be answered as fully as possible using additional sheets if necessary and copies of relevant documentation should be attached.**
SEMUA soalan-soalan mesti dijawab selengkap mungkin menggunakan kertas tambahan sekiranya diperlukan dan lampirkan dokumen yang berkaitan.
- **If you have any questions in relation to completion of the Claim Form, please contact your insurance advisor or broker.**
Sekiranya anda mempunyai soalan-soalan berkaitan melengkapkan Borang Tuntutan ini, sila hubungi perunding insurans atau broker anda.
- **Please send the completed Claim Form, as soon as possible, to your insurance advisor or broker.**
Sila hantar Borang Tuntutan yang telah dilengkapkan secepat mungkin ke perunding insurans atau broker anda.

Claim No. No. Tuntutan	<input type="text"/>	Expiry Date Tarikh Luput	<input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	Account No. No. Akaun	<input type="text"/>

Section 1 - To be completed by the Insured / Claimant (IN BLOCK LETTERS) Seksyen 1 - Untuk diisi oleh Pihak Diinsuranskan / Pihak Menuntut (DALAM HURUF BESAR)

INSURED PERSON'S DETAILS / BUTIR PIHAK DIINSURANSKAN

Name in Full Nama Penuh	<input type="text"/>
NRIC No. No. K/P	<input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>

CLAIMANT (OTHER THAN THE INSURED) / PIHAK MENUNTUT (SELAIN DARIPADA PIHAK DIINSURANSKAN)

Name in Full Nama Penuh	<input type="text"/>		
Claimant is Pihak Menuntut ialah	<input type="checkbox"/> Self / Diri Sendiri	<input type="checkbox"/> Spouse / Pasangan	<input type="checkbox"/> Child / Anak
NRIC No. No. Kad Pengenalan	<input type="text"/>		
Birth Date Tarikh Lahir	<input type="text"/>	Age Umur	<input type="text"/>
Gender Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki	<input type="checkbox"/> Female / Perempuan	Race Bangsa <input type="text"/>
Religion Agama	<input type="text"/>	Marital Status Status Perkahwinan	<input type="text"/>
Occupation Pekerjaan	<input type="text"/>		
Employer Name Nama Majikan	<input type="text"/>		
Employer's Address Alamat Majikan	<input type="text"/>		
Employer Tel. No. No. Tel Majikan	<input type="text"/>		
Type of Claim Jenis Tuntutan	<input type="checkbox"/> Hospitalisation Dimasukkan ke hospital	<input type="checkbox"/> Outpatient Pesakit Luar	<input type="checkbox"/> Accident Kemalangan
Circumstances of Accident Keadaan Kemalangan	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

**DETAILS OF OTHER INSURANCE POLICIES, SOCSO, WORKMEN'S COMPENSATION AND OTHERS /
BUTIR-BUTIR INSURANS LAIN, PERKESO, INSURANS PAMPASAN PEKERJA DAN LAIN-LAIN**

Policy Type

Jenis Polisi

Insurance Company

Syarikat Insuran

Policy No.

No. Polisi

**AUTHORISATION TO PHYSICIAN, HOSPITAL OR CLINIC TO RELEASE INFORMATION /
MEMBERI KEBENARAN KEPADA DOKTOR PERUBATAN, HOSPITAL ATAU KLINIK UNTUK MEMBERI MAKLUMAT**

I hereby authorise any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I have been observed, treated or warded to give full particulars about my health including my whole medical history in respect of this hospitalisation/surgery, to the insurance company. /
Saya dengan ini memberi kebenaran kepada doktor perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang memerhati, merawat atau menjaga saya untuk memberi maklumat-maklumat lengkap berhubung dengan riwayat kesihatan saya termasuk latarbelakang penuh perubatan saya semasa saya dimasukkan di hospital/menjalani pembedahan, kepada syarikat insuran.

Signature of Patient

Tandatangan Pesakit

Signature of Insured / Claimant

Tandatangan Pihak

Diinsuranskan / Pihak Menuntut

Date: (dd/mm/yy)

Tarikh (hh/bb/tt)

Section 2 - To be completed by the Attending Doctor

Seksyen 2 - Untuk diisi oleh Doktor Merawat

Medical Report Number

Nombor Repot Perubatan

DETAILS OF HOSPITAL / BUTIR-BUTIR HOSPITAL

Name of Hospital

Nama Hospital

Address

Alamat

DETAILS OF PATIENT / BUTIR-BUTIR PESAKIT

Name of Patient

Nama Pesakit

NRIC No.

No Kad Pengenalan

Date of Admission

Tarikh Dimasukkan ke Hospital

Time of Admission

Masa Dimasukkan ke Hospital

AM / PM

Date of Discharge

Tarikh dibernarkan keluar Hospital

Time of Discharge

Masa dibernarkan keluar Hospital

AM / PM

DETAILS OF REFERRING DOCTOR / BUTIR-BUTIR DOCTOR YANG DIRUJUK

Name of Referring Doctor
Nama Doktor yang dirujuk

Address of Referring Doctor
Alamat Doktor yang Dirujuk

Admitting Doctor name
Nama doktor sebelum dimasukkan ke wad

Attending Doctor name
Nama doktor yang merawat

Speciality
Kepakaran

1a. Diagnosis I CD Coding
Diagnosisi / Kod CD

1b. Cause and Pathology of the above diagnosis
Sebab Dan Patalogi untuk dianosis diatas

2a. When did patient first consult you for this condition?
Bilakah pesakit mula mendapat rundingan anda untuk keadaan ini?

/ / (dd/mm/yy)
(hh/bb/tt)

2b. Was the patient previously treated for this condition?
Adakah pesakit sebelum ini dirawat untuk keadaan ini?

Yes/Ya No/Tidak

If Yes, state date and details
Jika Ya, Beri tarikh dan maklumat

/ / (dd/mm/yy)
(hh/bb/tt)

2c. How long in your professional opinion has the condition existed?
Berapa lama pada pendapat profesional anda terhadap keadaan tersebut wujud?

/ / (dd/mm/yy)
(hh/bb/tt)

3. Any possibility of a relapse?
Adakah kemungkinan akan berulang?

Yes/Ya No/Tidak

4a. Please ✓ nature of treatment and investigations
Sila ✓ tanda jenis perubatan dan siasatan

Operation / Pembedahan Physiotherapy / Fisioterapi

Dietary Counselling / Kaunseling diet Medications / Perubatan

X-Ray / Sinar X Blood Tests / Ujian Darah

Others, Please give details / Lain Lain, sila jelaskan

4b. If more than one procedure was involved, please state Type of Procedures performed
Jika lebih dari satu pembedahan, sila nyatakan jenis pembedahan yang dilakukan

Type / Jenis	Date / Tarikh	Name of Doctor / Nama Doktor

4c. Other medical conditions present? / Keadaan perubatan lain yang ada? Since / Sejak

	Since / Sejak

5. Was the conditions
Bagaimanakah keadaannya

Congenital Sejak Lahir Nervous Sistem Saraf Mental Mental

6. Was the patient pregnant at the time of hospitalisation (For Females Only)
Adakah pesakit mengandung semasa kemasukkan ke hospital (untuk wanita sahaja)

Yes/Ya No/Tidak

If yes, Months of pregnancy
Jika Ya, Berapa bulan pesakit mengandung

7. If the hospitalisation was due to accident, please indicate date/time of accident
Sekiranya kemasukkan ke hospital disebabkan oleh kemalangan, sila nyatakan tarikh dan masa kemalangan

/ / (dd/mm/yy) hours jam
(hh/bb/tt)

DECLARATION / PENGAKUAN

Print name in full

Cetak nama dengan lengkap

Print position in full

Cetak jawatan dengan lengkap

Of the Insured and on behalf of the Insured declare the above answers to be true and correct AND acknowledge that QBE may make its decision on indemnity having regard to these answers.

Orang yang Diinsuranskan dan mewakili Orang yang Diinsuranskan mengaku jawapan diatas adalah benar dan betul DAN mengakui QBE mungkin membuat keputusan terhadap pampasan merujuk terhadap jawapan ini.

I/We understand, acknowledge, agree and consent that QBE Insurance (Malaysia) Berhad and all of its related companies ("QBE") is permitted to collect, use, disclose and/or process my personal data revealed hereto. QBE is at liberty to disclose and transfer (including outside Malaysia) such personal data to relevant third parties provided that the revelation of my personal data is strictly for the purpose(s) in relation to the insurance which I have applied hereto, including but not limited to, the purpose(s) of: (i) processing, handling and/or dealing with my claims including the settlement of the claims and any necessary investigations relating to the claims; (ii) exercising any rights that QBE may have to recover monies from third parties; (iii) making reinsurance recoveries; (iv) investigating the accident and/or my claims; (v) carrying out and/or dealing with my instructions or responding to any enquiries by me; (vi) administering my claims (including the mailing of correspondence, statements, invoices, reports or notices to me, which could involve disclosure of certain personal data about me to bring about delivery of the same as well as on the external cover of envelopes/mail packages); (vii) the development of databases on claims, claims statistics and/or claims development; and/or (viii) complying with applicable law in administering, processing, handling and/or dealing with my claims; (collectively the "Purposes"). My consent given hereto covers any repeated collection of my personal data in the same circumstances and is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.

Saya/Kami faham, mengakui, bersetuju dan mengizinkan QBE Insurance (Malaysia) Berhad dan semua syarikat-syarikat yang berkaitan ("QBE") adalah dibenarkan untuk mengumpul, menggunakan, mendedahkan dan / atau memproses data peribadi saya yang didedahkan bersama ini. QBE adalah bebas untuk mendedahkan dan memindahkan (termasuk di luar Malaysia) data peribadi tersebut seperti mendedahkan kepada pihak ketiga yang berkenaan dengan syarat bahawa pendedahan data peribadi saya adalah hanya untuk tujuan (tujuan-tujuan) berkaitan dengan insurans yang saya telah memohon bersama ini, termasuk tetapi tidak terhad bagi tujuan (tujuan-tujuan):(i) pemprosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya termasuk penyelesaian tuntutan dan sebarang penyiasatan yang perlu berkaitan dengantuntutan; (ii) menjalankan sebarang hak yang ada pada QBE untuk mendapatkan kembali wang daripada pihak ketiga;(iii) mendapatkan pampasan insurans semula;(iv) menyasiat kemalangan dan / atau tuntutan saya;(v) menjalankan dan / atau berurusan dengan arahan saya atau bertindak balas kepada mana-mana pertanyaan daripada saya; (vi) menguruskan tuntutan saya (termasuk mengepos surat-menyurat, penyata, invois, laporan atau notis kepada saya, yang mungkin melibatkan pendedahan data peribadi tertentu tentang saya, untuk membawa penghantaran yang sama dan juga di kulit luar sampul surat/mel pakej;(vii) pembangunan pangkalan data mengenai tuntutan, statistik tuntutan dan / atau perkembangan tuntutan dan / atau;(viii) mematuhi undang-undang yang berkaitan dalam pengurusan, pemprosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya;"(secara kolektif" "Tujuan"). Persetujuan saya yang diberikan bersama ini meliputi sebarang koleksi data peribadi saya yang berulang dalam keadaan yang sama dan selaras dengan syarat-syarat yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010."

QBE Insurance (Malaysia) Berhad is committed to ensuring the safety and security of your personal data. You may refer to our Privacy Policy Statement which is posted at our website www.qbe.com/my. If you wish to seek further enquiries, please contact the Personal Data Privacy Officer at telepohe number 03-78618400.

QBE Insurance (Malaysia) Berhad komited untuk menjamin data peribadi anda adalah selamat dan terjamin. Anda boleh merujuk Kenyataan Polisi Privasi kami yang dipaparkan dalam laman sesawang www.qbe.com/my. Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan, sila hubungi Pegawai Data Peribadi di nombor talian 03-78618400.

Signature of Name of Attending
Doctor / Tandatangan Doktor
yang Merawat

Hospital Stamp
Chop Hospital

Date: (dd/mm/yy)
Tarikh (hh/bb/tt)