



PERSONAL ACCIDENT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN KEMALANGAN PERIBADI - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

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 yang berkaitan dengan penyakit/kecederaan telah di serah kepada kami dan untuk membolehkan kami memproses tuntutan tersebut, kami menghargai kerjasama anda melengkapkan borang ini.

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

1.	Patient's name / <i>Nama Pesakit</i>	
2.	I.C. No. / <i>No. Kad Pengenalan</i>	
3.	Occupation / <i>Pekerjaan</i>	
4.	Date & time of accident / <i>Tarikh & masa kemalangan</i>	DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg
5.	Date and time of first consultation / <i>Tarikh & masa rawatan pertama</i>	DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg
6.	i. Did the patient seek treatment from you immediately after the accident? / <i>Adakah Pesakit menerima rawatan sejurus selepas kemalangan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
	ii. If No, please explain. / <i>Jika Tidak, sila jelaskan</i>	
7.	Describe in detail the nature of the accident as related to you by the Patient / <i>Terang secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh Pesakit.</i>	
8.	Were there any external and visible injuries or fresh wound as a result of this accident? / <i>Adakah terdapat sebarang kecederaan/luka luaran ketara akibat kemalangan tersebut?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
	i. If No, describe any other evidence of injury that is consistent with the accident as claimed by the Patient. / <i>Jika tidak, nyatakan sebarang bukti kecederaan yang konsisten dengan kemalangan seperti yang tuntutan oleh Pesakit.</i>	
	ii. If Yes, please describe the extent of injuries including site and other characteristics, features as seen by you. In the event of any amputation, please state at what level (proximal, middle distal) / <i>Jika benar, nyatakan tahap kecederaan termasuk lokasi, ciri-ciri lain dan bentuk yang kelihatan pada anda. Jika berlaku sebarang amputasi anggota, sila nyatakan tahap amputasi tersebut (proximal, tengah, distal)</i>	





PERSONAL ACCIDENT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN KEMALANGAN PERIBADI - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

iii.	Please illustrate the injuries in the following diagrams. Sila nyatakan bahagian kecederaan pada gambarajah berikut.		
9.	Treatment given including follow-ups (dates of consultation, healing progress, treatments such as no. stitches, STO, physiotherapy, type of dressing, etc.) / Rawatan yang diberi termasuk rawatan lanjutan (Tarikh rawatan, kadar sembuh, rawatan seperti jumlah jahitan, STO, phisoterapi, jenis pencucian, dll.)		
	Date / Tarikh	Treatment(s) / Rawatan	Healing Progress / Kadar Sembuh
	i.		
	ii.		
	iii.		
	iv.		
	v.		
	vi.		
	vii.		
	viii.		
	xiv.		



PERSONAL ACCIDENT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN KEMALANGAN PERIBADI - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

10.	If injury involves fracture / Jika kecederaan melibat patah tulang		
i.	Location, type of fracture / Lokasi, jenis patah		
ii.	Please state if Patient was put on any form of immobilization (POP, backslab, crepe bandage, etc). / Sila nyatakan jika Pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak (POP, sendal belakang, crepe bandage, dan sebagainya).		
	(a) Date first applied and date removed Tarikh mula digunakan dan ditanggalkan	DD HH	MM BB YY TT
	(b) Date Patient started on physiotherapy Tarikh Pesakit mula physioterapi	DD HH	MM BB YY TT
	(c) Date Patient started on full weight bearing Tarikh Pesakit memulakan senaman tanpa sokongan	DD HH	MM BB YY TT
	(d) Please state actual limitation of movement on any joint at the last date of treatment / Sila nyatakan pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang anggota penyambung pada tarikh akhir rawatan.		
11.	What was the final diagnosis? Apakah diagnosis akhir?		
13.	i.	Last date of consultation / Tarikh akhir rawatan	DD HH MM BB YY TT
	ii.	Condition of the injured part / Keadaan anggota yang cedera	
14.	Was healing straight forward/complicated? Give details of complication. / Adakah proses sembuh lancar/rumit? Sila beri butir kerumitan.		
15.	Was X-ray taken? If Yes, please furnish report/X-ray film / Adakah gambar sinar-x diambil? Jika ada, sila sertakan laporan/filem sinar-x.		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
16.	Details of Hospitalisation / Butir Kemasukan		
	(a)	Name of Hospital / Nama hospital	
	(b)	Admission No. / No. Pendaftaran	
	(c)	Date admitted / Tarikh masuk	DD HH MM BB YY TT
	(d)	Date discharge / Tarikh keluar	DD HH MM BB YY TT
	(e)	Date surgery performed / Tarikh pembedahan dilakukan	DD HH MM BB YY TT
	(f)	Details of surgery/other special diagnostic procedure or treatment / Butir pembedahan/ lain-lain prosedur diagnosis atau rawatan khusus	



PERSONAL ACCIDENT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN KEMALANGAN PERIBADI - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

17. Name and address of other doctors who treated patient for the same injury / <i>Nama dan alamat doktor-doktor lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama.</i>	
I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief. <i>Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.</i>	
	Name / <i>Nama:</i>
	Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i>
	Address/ <i>Alamat:</i>
	Date / <i>Tarikh:</i> <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> DD / TT MM / BB YYYY / TTTT	