



**CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION
PERSETUJUAN BAGI PENGUMUMAN MAKLUMAT**

Note: Please complete Patient's particulars in full below and submit photocopy of Patient Card.
Nota: Sila lengkapkan sepenuhnya butir-butir Pesakit di bawah dan hantarkan salinan Kad Pesakit.

I / Saya _____ I/C No / No.K.P. _____

Address/Alamat: _____

Hereby authorize the medical officer

Dengan ini memberikuasa kepada pegawai perubatan _____

to give any or all information contained in the medical record of:

untuk memberi sebarang atau semua maklumat yang terkandung dalam rekod perubatan bagi:

1. Myself / my child / Diri saya / anak saya: _____
2. Registration No. / No. Pendaftaran: _____
3. Date Admitted / Tarikh Masuk: _____
4. Date Discharged / Tarikh Keluar: _____
5. Ward No. / No. Wad: _____
6. Unit No. / No. Unit: _____
7. Doctor's Name / Nama Doktor: _____

To / Kepada: **Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd**
Underwriting Department
Menara Tokio Marine Life
Ground Floor 189 Jalan Tun Razak
50400 Kuala Lumpur

And hereby release the said hospital and its staff from all legal responsibility and liabilities that may arise from the act hereby authorized. / Dan dengan itu melepaskan hospital berkenaan dan kakitangannya dari semua tanggungjawab dan tanggungan perundangan yang mungkin timbul dari tindakan yang dibenarkan.

I understand and agree that the information I supply will be collected, used and processed by Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. ("TMLM"), its agents and its authorized parties (within or outside of Malaysia) for the purposes of processing this application and to facilitate TMLM's function as an insurance company. I have a right to obtain access to and to request correction of my personal information held by TMLM by contacting TMLM's Customer Service Representatives.

Saya memahami dan bersetuju bahawa maklumat yang saya berikan akan dikumpulkan, digunakan dan diproses oleh Tokio Marine Life Insurance Malaysia Bhd. ("TMLM"), agennya dan pihak-pihak yang diberi kuasa (di dalam atau di luar Malaysia) untuk tujuan memproses permohonan ini dan memudahkan fungsi TMLM sebagai syarikat insurans. Saya faham bahawa saya mempunyai hak untuk mendapatkan akses kepada dan meminta pembetulan maklumat peribadi saya yang dipegang oleh TMLM dengan menghubungi Wakil Perkhidmatan Pelanggan TMLM.

I understand that I can visit TMLM's Corporate Website (<https://www.tokiomarine.com/my/en/life/privacy-policy.html>) for a full copy of TMLM's Privacy and Data Protection Policy.

Saya memahami bahawa saya boleh melayari Laman Web Korporat TMLM (<https://www.tokiomarine.com/my/en/life/privacy-policy.html>) untuk mendapatkan salinan penuh Polisi Privasi dan Perlindungan Data TMLM.

Signature / Thumbprint / Tandatangan / Cap Ibjari

If the above signatory is not the patient himself/herself, please state the relationship of the patient:

Jika tandatangan di atas bukan milik pesakit sendiri, sila nyatakan hubungannya dengan pesakit:

Relationship / Hubungan: _____

I/C No / No K/P: _____

Date / Tarikh: _____

Witnessed by / Disaksikan oleh: _____

Witness's NRIC / No K/P Saksi: _____

Date / Tarikh: _____