MEDICAL REPORT
(PERSONAL ACCIDENT CLAIM)

To be completed by a legally qualified and registered physician at the expense of the life assured.

1. Policy No	
2. Patient's Name	
3. I/C No.	
4. Age / Sex	
5. Occupation	
6. Date & time of accident	DD MM YY am/pm
7. Date & time of first consultation	DD MM YY am/pm
8. Describe in detail the nature of accident as related to you by your patient	
9. Were there any external and visible injuries or wound as a result of this accident? (a) If no, describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the patient (b) If yes, then 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)*	☐ No ☐ Yes (a) (b)

10. Progress and treatment given including follow-up treatments such as no. of stitches, STO, physiotherapy, type of dressing, etc.

Date (s)	Treatment (s) & Progress

11. Fracture (i) Location, type of fracture (ii) If patient was put on any form of immobilization *(POP, backslab, crepe bandage, etc)*, please furnish (a) Date first applied (b) Date removed (c) Date first started on physiotherapy	(i) Location_____ Type_____ (ii) ☐ No ☐ Yes, as below (a) _____ DD MM YY (b) _____ DD MM YY (c) _____ DD MM YY

Head Office : Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 8440 (LHC) www.allianz.com.my
Customer Service Centre : Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Allianz Contact Center: 1 300 88 1028 Fax: +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my

(d) Date first started on full weight bearing exercise (e) Please state actual limitation of movement on any joint on the last date of treatment	(d) DD MM YY (e)
12. (a) Last date of consultation (b) Condition of the injured parts	(a) DD MM YY (b)
13. Was healing straight forward / complicated? Give details of complication, if any.	☐ Straight forward ☐ Complicated,
14. Was x-ray taken? If yes, please furnish certified true copy of reports or details.	
15. Details of Hospitalisation (a) Name of Hospital (b) Admission No. (c) Date admitted (d) Date discharge (e) Date surgery performed (f) Details of surgery / other special diagnostic procedure or treatment	 (a) (b) (c) DD MM YY (d) DD MM YY (e) DD MM YY (f)

16. Name and address of other doctors who treated patient for the same injury.

Date	Name of Doctor	Address of Clinic / Hospital

17. In your opinion, is there any physical impairment or disease / illness which (a) may have contributed directly or indirectly, to the accident? (b) may likely to retard his/her recovery?	 (a) (b)

I hereby declare that the above answers are all true to the best of my knowledge.

Signature of doctor
Date

Name & Practice Stamp

Hospital / Clinic Stamp Print

Head Office : Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 8440 (LHC) www.allianz.com.my
Customer Service Centre : Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Allianz Contact Center: 1 300 88 1028 Fax: +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my

LAPORAN PERUBATAN
(TUNTUTAN KEMALANGAN)

Diisikan oleh doktor yang bertauliah dan berkelayakan dari segi undang-undang. Bayaran laporan ini perlu ditanggung oleh Asured.

1. No. Polisi	
2. Nama Pesakit	
3. No. Kad Pengenalan	
4. Umur / Jantina	
5. Pekerjaan	
6. Tarikh & masa kemalangan	HH BB YY pagi/petang
7. Tarikh & masa rawatan pertama	HH BB YY pagi/petang
8. Terangkan secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh pesakit	
9. Adakah terdapat sebarang kecederaan / luka luaran ketara akibat kemalangan tersebut? (a) Jika tidak, nyatakan sebarang bukti yang konsisten dengan kemalangan seperti yang dituntut oleh pesakit. (b) 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)*.	☐ Tidak ☐ Ya (a) (b)

10. Kadar sembuh dan rawatan yang diberi termasuk rawatan lanjutan seperti jumlah jahitan, STO, physioterapi, jenis pencucian, dsb.

Tarikh	Rawatan & Kadar Sembuh

11. Patah tulang / Fraktur (i) Lokasi, jenis patah (ii) Jika pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak *(POP, sendal belakang, crepe bandage dan sebagainya)*, sila nyatakan (a) Tarikh mula digunakan (b) Tarikh mula ditanggalkan (c) Tarikh pesakit mula physioterapi	(i) Tempat Jenis (ii) ☐ Tidak ☐ Ya, seperti di bawah (a) HH BB TT (b) HH BB TT (c) HH BB TT

Head Office : Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 8440 (LHC) www.allianz.com.my
Customer Service Centre : Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Allianz Contact Center: 1 300 88 1028 Fax: +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my

(d) Tarikh pesakit memulakan senaman tanpa sokongan	(d) _____ HH BB TT
(e) Sila nyatakan pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang anggota penyambung pada tarikh akhir rawatan	(e) _____
12. (a) Tarikh akhir rawatan	(a) _____ HH BB TT
(b) Keadaan anggota yang cedera	(b) _____
13. Adakah proses sembuh lancar / rumit? Sila berikan butir kerumitan	☐ Lancar ☐ Rumit, _____
14. Adakah gambar sinar X diambil? Jika ada, sila sertakan laporan / filem sinar X	
15. Butir kemasukan hospital	
(a) Nama hospital	(a) _____
(b) No. Pendaftaran	(b) _____
(c) Tarikh masuk	(c) _____ HH BB TT
(d) Tarikh keluar	(d) _____ HH BB TT
(e) Tarikh pembedahan dilakukan	(e) _____ HH BB TT
(f) Butir pembedahan / lain-lain prosedur diagnosis atau rawatan khusus	(f) _____

16. Nama dan alamat doktor-doktor lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama.

Tarikh	Nama Doktor	Nama & Alamat Hospital / Klinik

17. Pada pendapat anda, adakah terdapat kecacatan fizikal atau penyakit yang mungkin	
(a) menyumbang secara langsung atau tidak langsung terhadap kemalangan ini?	(a) _____
(b) menghalang kadar kesembuhan?	(b) _____

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua jawapan di atas adalah benar setakat pengetahuan saya.

Tandatangan doktor
Tarikh

Cop Nama & Amalan

Nama & Alamat Hospital / Klinik

Head Office : Level 29, Menara Allianz Sentral, 203, Jalan Tun Sambanthan, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Tel : +603-2264 1188 / 2264 0688 Fax : +603-2264 8440 (LHC) www.allianz.com.my
Customer Service Centre : Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.
Allianz Contact Center: 1 300 88 1028 Fax: +603-2264 8499 Email: customer.service@allianz.com.my