MEDICAL REPORT
(HOSPITALISATION CLAIM)

TO BE COMPLETED BY A LEGALLY QUALIFIED AND REGISTERED PHYSICIAN AT THE LIFE ASSURED'S EXPENSES

1. Policy No	
2. Patient's Name	
3. I/C No.	
4. Age / Sex	
5. Admission No.	
6. Admission : Date / Time	DD MM YY am/pm
7. Discharge : Date / Time	DD MM YY am/pm
8. If hospitalisation due to accident, please furnish (a) Date and time of accident (b) Nature of accident	(a) DD MM YY am/pm (b)
9. The date on which you first saw the patient for this illness / injury / condition.	DD MM YY
10. Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please indicate his/her name & address.	☐ No ☐ Yes, Name & address :
11. What were the symptoms the patient complained of when he/she first saw you.	
12. (a) According to patient, how long had she/he been experiencing these symptoms? (b) How long do you feel these symptoms had lasted?	(a) (b)

13. Had patient previously received any treatment for the above symptoms? If so, please furnish the name & address of doctors and date of consultation.

☐ No

☐ Yes, as below :

Date	Name of Doctor	Address of Clinic / Hospital

14. Have any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish a certified true copy of the result.	☐ No ☐ Yes
15. What was your diagnosis?	

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

16. Did you inform the patient of the diagnosis? If so, when?	☐ No ☐ Yes, DD MM YY
17. Nature of medical treatment given.	
18. For surgery (a) Nature of operation performed (b) Nature of surgeon (c) Date surgery performed (d) Name of Anaesthesiologist	 (a) (b) (c) DD MM YY (d)
19. Any possibility of patient having relapse?	☐ No ☐ Yes

20. Has the patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital for this or any other disease?
Please state

☐ No

☐ Yes, as below :

Date	Injury / Illness	Name & Address of Clinic / Hospital

21. For female only (a) Was the patient pregnant at time of hospitalisation? If so, for how many months (b) Was illness caused directly or indirectly by pregnancy / child birth / ceasarian section / abortion / miscarriage and all complications arising therefrom?	 (a) ☐ No ☐ Yes, months (b) ☐ No ☐ Yes

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

Signature

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 RAWATAN HOSPITAL)

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. No. Pendaftaran	
6. Pendaftaran : Tarikh / Waktu	HH BB TT pagi/petang
7. Keluar : Tarikh / Waktu	HH BB TT pagi/petang
8. Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila beri (a) Tarikh dan masa kejadian kemalangan (b) Jenis kemalangan	(a) HH BB TT pagi/petang (b)
9. Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini	HH BB TT
10. Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut	☐ Tidak ☐ Ya, Nama & Alamat :
11. Apakah simtom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda?	
12. (a) Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simtom tersebut? (b) Berapa lamakah yang anda rasakan simtom ini telah wujud?	(a) (b)

13. Pernahkah sebelum ini pesakit menerima rawatan untuk simtom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama dan alamat doktor serta tarikh rawatan

☐ Tidak

☐ Ya, seperti di bawah :

Tarikh	Nama doktor	Alamat Klinik / Hospital

14. Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila sertakan satu salinan hasil siasatan yang disahkan daripada dokumen asal.	☐ Tidak ☐ Ya
15. Apakah diagnosis anda?	

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

16. Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ada, bila?	☐ Tidak ☐ Ya, _____ HH _____ BB _____ TT
17. Jenis rawatan perubatan diberi.	_____ _____ _____
18. Untuk pembedahan : (a) Jenis pembedahan yang dilakukan (b) Nama pakar bedah (c) Tarikh pembedahan dilakukan (d) Nama pakar bius	 (a) _____ (b) _____ (c) _____ HH _____ BB _____ TT (d) _____
19. Adakah kemungkinan pesakit menghidap penyakit kambuh?	☐ Tidak ☐ Ya

20. Pernahkah sebelum ini pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan.

☐ Tidak

☐ Ya, seperti di bawah :

Tarikh	Kecederaan / Penyakit	Nama dan Alamat Hospital / Klinik

21. Untuk pesakit wanita sahaja (a) Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? Jika benar, sudah berapa bulan? (b) Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan / melahirkan anak / pembedahan caesarian / menggugurkan / keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan.	 (a) ☐ Tidak ☐ Ya, _____ bulan (b) ☐ Tidak ☐ Ya

Saya dengan ini mengesahkan bahawa jawapan di atas adalah lengkap dan benar.

_____	_____	_____
Tandatangan	Cop Nama & Amalan	Cop Hospital / Klinik
Tarikh		

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