

PRE – ADMISSION FORM / FORMULIR PRA-PENDAFTARAN

Private and Confidential / Pribadi dan Rahasia

Part 1. (To be completed by Patient / Claimant) / Bagian 1. (Untuk diisi oleh Pasien / Pengklaim)

1. Patient Name : <i>Nama Pasien</i>		2. NRIC (Old & New) : <i>K.P. (Lama & Baru)</i>	
3.a. Date of Birth : <i>Tanggal Lahir</i>	b. Age : <i>Umur</i>	c. Sex : <i>Jenis Kelamin</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Laki-laki</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i>
4. Policy No/Member ID/ Certificate No/Plan/Company Name : <i>No. Polis/No. Anggota /No. Sertifikat/Program>Nama Perusahaan asuransi</i>		5. Admission/Planned Admission date <i>Tanggal pengakuan/tanggal pengakuan yang direncanakan</i>	
6. Hospital Name : <i>Nama Rumah Sakit</i>		7. Name of attending Doctor / Speciality <i>Nama Dokter/Spesialis yang merawat</i>	

Admission Reason (tick) and answer accordingly / Alasan Pengakuan (centang) dan jawab sesuai dengan yang dicentang

<input type="checkbox"/> 8. Accident <i>Kecelakaan</i>	a. Occurred on <i>Terjadi pada</i>	Date _____ / _____ / _____ Time _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm <i>Tanggal pagi / siang / sore / malam</i>
	b. Details of Accident <i>Rincian Kecelakaan</i>	
<input type="checkbox"/> 9. Illness <i>Penyakit</i>	a. Symptoms first appeared on : <i>Gejala pertama muncul pada</i>	Date _____ / _____ / _____ <i>Tanggal</i>
	b. Doctor(s) consulted for this condition : <i>Dokter(-dokter) yang dikonsultasikan untuk keadaan ini</i>	
	c. Doctor's or Clinic Contact (Address & Telephone) : <i>Kontak Dokter atau Klinik (Alamat & Telepon)</i>	

10. Declaration and Authorization / Pernyataan dan Pemberian Kuasa

I declare that the answers given above are true and complete to the best of my knowledge and belief I understand the delivery of this form is in no way an admission of Company's liability and payment to the hospital by the Company or its representative shall not be construed as final admission of the Company's liability and for this and any further claims arising. The Company reserves all rights for evaluation as appropriate.

I am fully aware of the limits as to my /Assured medical insurance under the above mentioned policy. I hereby undertake to settle/reimburse any medical expenses exceeding my entitlement under the said policy contract or that is not covered by the same.

I hereby irrevocably authorize any organization, institution, or individual that has any record or knowledge of my health and medical history or treatment or advice that has been or may hereafter be consulted, other personal information or details of accident/injury, to disclose to the Company or its representative such information. I agree that the Company or its representative may use or disclose any of the information collected or held to third parties (within or outside Malaysia, including the Company's parent company, subsidiaries or any other associated companies within the Company's Group, reinsurers, medical examiners, claims investigators and industry associations/federations etc, in relation to this claim. This authorization shall bind my / the Assured's / Insured's successors and assigns and remain valid notwithstanding my /Assured's/Insured's Incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization shall be valid as the original. I agree that in the event I make, or have in the past made, any false or untrue statement and/or concealed any material facts in respect of my/the Insured condition, the Company shall absolutely forfeit my/the Insured's/ Assured's right to compensation and further reserves the right to recover any amounts paid earlier a result thereof.

Saya menyatakan bahwa jawaban yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya. Saya memahami penyerahan formulir ini sama sekali bukan merupakan pengakuan mengenai pertanggungjawaban Perusahaan dan pembayaran kepada rumah sakit oleh Perusahaan atau wakilnya tidak dapat ditafsirkan sebagai pengakuan final mengenai pertanggungjawaban Perusahaan dan atas klaim ini dan klaim lebih lanjut apa pun yang timbul. Perusahaan berhak untuk melakukan evaluasi jika perlu.

Saya menyadari sepenuhnya batas-batas mengenai asuransi medis saya/Tertanggung berdasarkan polis tersebut di atas. Saya dengan ini berjanji untuk menyelesaikan/mengganti biaya medis apa pun yang melebihi hak saya berdasarkan kontrak polis tersebut atau yang tidak tercakup.

Saya dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat dibatalkan kepada organisasi, lembaga, atau individu mana pun yang memiliki catatan atau pengetahuan atau riwayat kesehatan dan riwayat medis atau pengobatan saya atau nasihat yang sudah atau mungkin sesudah ini dikonsultasikan, informasi pribadi lain atau rincian kecelakaan/cedera, untuk mengungkapkan informasi tersebut kepada Perusahaan atau wakilnya. Saya setuju bahwa Perusahaan atau wakilnya dapat menggunakan atau mengungkapkan informasi apa pun yang dihimpun atau dipegang kepada pihak ketiga (di dalam maupun di luar Malaysia, termasuk perusahaan induk, anak perusahaan dari Perusahaan atau perusahaan terkait lain mana pun di dalam Grup Perusahaan, reasuradur, pemeriksa medis, penyelidik klaim dan asosiasi-asosiasi/federasi-federasi industri dan sebagainya sehubungan dengan klaim ini. Pemberian kuasa ini mengikat para penerus hak dan penerima kuasa saya/Penerima Manfaat Asuransi/Tertanggung dan tetap sah meskipun saya/Penerima Manfaat Asuransi/Tertanggung mengalami ketidakmampuan sejauh memungkinkan secara hukum. Fotokopi dari pemberian kuasa ini sah sebagaimana aslinya. Saya setuju bahwa dalam hal saya membuat, atau pernah membuat di masa lalu, pernyataan palsu atau tidak benar apa pun dan/atau menyembunyikan fakta materiil apa pun sehubungan dengan kondisi saya/Tertanggung, Perusahaan asuransi akan mutlak menghapus hak saya/Tertanggung/Penerima Manfaat Asuransi atas kompensasi dan berhak lebih lanjut untuk menarik kembali biaya apa pun yang sudah dibayar lebih dulu sebagai akibatnya.

Signature of Patient <i>Tanda tangan Pasien</i>	Signature of Assured/Claimant <i>Tanda tangan Penerima Manfaat Asuransi/Pengklaim</i>	Signature of Witness <i>Tanda tangan Saksi</i>
_____	_____	_____
Full Name/Nama Lengkap :	Full Name/Nama Lengkap :	Full Name/Nama Lengkap :
IC No. / No. KP :	IC No. / No. KP :	IC No. / No. KP :
Date /Tanggal :	Date /Tanggal :	Date /Tanggal :
Contact No. / No. Telepon :	Contact No. / No. Telepon :	Contact No. / No. Telepon :
	Relationship to Patient / <i>Hubungan dengan Pasien</i>	

CATATAN : PENGISIAN FORMULIR PRA-PENGAKUAN INI TIDAK MENJAMIN PENGADAAN SURAT JAMINAN