

Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad (93745-A)
Head Office Menara Great Eastern, 303 Jalan Ampang
50450 Kuala Lumpur
Telephone 603-42598888 Facsimile 603-42598899
E-mail wecare@lifeisgreat.com.my,
website: www.lifeisgreat.com.my



MEDICAL EXAMINER'S CERTIFICATE – ACCIDENT CLAIM
SIJIL PEMERIKSAAN PERUBATAN – TUNTUTAN KEMALANGAN

TO BE FORWARDED TO THE COMPANY WITHIN SEVEN DAYS AFTER RECEIPT AND TO BE COMPLETED BY A DULY REGISTERED PRACTITIONER. THE FEES FOR THIS CERTIFICATE TO BE PAID BY CLAIMANT.

UNTUK DIKEMUKAKAN KEPADA SYARIKAT DALAM MASA TUJUH HARI SELEPAS DITERIMA DAN DILENGKAPKAN OLEH TERLATH BERDAFTAR YANG SEBENAR. SEGALA BAYARAN BAGI SIJIL INI ADALAH DITANGGUNG OLEH PIHAK YANG MENUNTUT.

In respect of the Accident to
*Bagi Pihak yang Mengalami
Kemalangan*

(The Patient/Pesakit)

NRIC No.
No.K/P

I do hereby certify that I personally examined the injuries sustained by the above named in the Accident described herein, and that the facts about the said injuries are as follows:

Saya, dengan ini mengesahkan bahawa saya secara peribadi telah memeriksa kecederaan yang dialami oleh penama di atas dalam kemalangan yang dinyatakan di sini, dan fakta-fakta yang berkaitan dengan kecederaan tersebut adalah seperti berikut:

1.
Nature and Extent of Injuries./*Jenis dan Tahap Kecederaan yang Dialami*

.....
.....

2
a) State as fully as possible cause of the accident.
Nyatakan dengan selengkap yang mungkin sebab-sebab kemalangan berlaku.

.....
.....

b) Is the appearance of the injury consistent therewith?
Adakah kemunculan kecederaan ini konsisten sepelas itu?

.....

.....

3.

a) Are the injuries sustained of such nature that the Insured required hospitalization? Yes/ Ya
Adakah jenis kecederaan yang seperti ini memerlukan penghospitalan? No/ Tidak

b) If the Patient was hospitalized, please give / *Jika Pesakit ini dimasukkan ke hospital, sila nyatakan*

Date of Admission
Tarikh Masuk

/

/

d d m m y y y y

Date of Discharged
Tarikh Keluar

/

/

d d m m y y y y

4
Upon what date did you first see and examine the Patient after the Accident described herein?
Bilakah tarikh pertama anda berjumpa dan memeriksa pesakit ini selepas kemalangan yang dinyatakan di atas?

/

/

(dd/mm/yyyy)

5
Are there any permanent bodily defects sustained by the Patient following the accident? If so, please provide details.
Adakah terdapat sebarang kecacatan badan kekal yang dialami oleh pesakit akibat daripada kemalangan ini? Jika ya, sila beri butiran.

.....

.....

6.

Do you think that the Patient was perfectly sober at the time of the Accident?

Adakah anda berpendapat bahawa pesakit tidak mabuk pada masa kemalangan?

.....

7.

Is there any connection between the present disablement and any disease or previous accident? If so, please give details.

Adakah terdapat sebarang pertalian antara kecacatan masa kini dengan sebarang penyakit atau kemalangan lalu? Jika ya, sila beri butiran.

.....

8.

Is surgical interference necessary or likely to become so?

Adakah gangguan pembedahan diperlukan atau besar kemungkinan akan terjadi?

.....

9.

Is the Patient now, or was he at the time of the Accident, subject to or suffering from any illness or disease irrespective of the injury? If so, please state

Adakah pesakit ini sekarang, atau adakah dia pada masa kemalangan, akan atau di bawah penyeksaan daripada sebarang kesakitan atau penyakit tanpa mengira kecederaan ini? Jika ya, nyatakan.

(a) the nature of the disablement(s).....

Jenis kecacatan

(b) the probable duration before the accident.....

Tempoh berkemungkinan sebelum kemalangan

(c) the extent which it has affected the Patient's recovery?.....

Tahap di mana ia memberi kesan kepada kesembuhan pesakit ini.

10.

(a) Has the Patient been confined to the house by your instructions?

Yes / Ya

Pernahkan pesakit ini dikurungkan di dalam rumah seperti yang diarahkan oleh anda?

No / Tidak

(b) If so, state inclusive dates

Jika ya, nyatakan tarikh tempohnya

/

/

(dd/mm/yyyy)

11.

Please state the date when the Patient can resume

Sila nyatakan tarikh bila pesakit ini boleh memulakan

(a) Light Work on
Kerja Ringan pada

/

/

(dd/mm/yyyy)

(b) His usual Occupation on
Pekerjaan Biasanya pada

/

/

(dd/mm/yyyy)

Name of Medical Examiner:.....
Nama Pemeriksa Perubatan

Date/*Tarikh*:.....

Signature and Stamp of Medical Examiner

Tandatangan dan Cop Pemeriksa Perubatan:.....

Important Note / *Nota Penting*

In the event that this document is translated into Bahasa Malaysia, the English Language version of this document shall be at all times and in all events prevail and be the infinite document.

Sekiranya wujud sebarang percanggahan dalam penggunaan definisi dan/atau taksiran istilah dan/atau terma-terma dan/atau syarat-syarat di dalam borang ini, versi Bahasa Inggeris akan digunakan.