



GROUP PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM (GPA)
 BORANG TUNTUTAN INSURAN KEMALANGAN BERKELOMPOK

DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THIS CLAIM FORM
 DOKUMEN-DOKUMEN YANG PERLU DISERTAKAN DENGAN BORANG TUNTUTAN INI

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> Leader's Recommendation Form (for recommended cases) where Weekly Indemnity (WI) is less than 14 days and the total of WI and Medical Reimbursement (MR) is up to RM1000 where applicable. All original receipts and bills for medical reimbursement claims. Imaging Reports i.e. X-ray/Ultrasound/CT-Scan/MRI etc., Dengue Serology, Police Report if any. Copy of NRIC or Passport. | <ol style="list-style-type: none"> Borang Cadangan Pengurus Agensi/Penyelia Agensi (untuk kes yang dicadangkan bagi Tuntutan WI kurang daripada 14 hari yang mana jumlah MR dan WI tidak melebihi RM1000 yang mana berkenaan). Semua resit dan bil asal untuk pembayaran balik perbelanjaan perubatan. Laporan Pengimejan iaitu X-Ray/Ultrasound/CT/MRI dan lain-lain jika ada, Serologi Denggi, Laporan Polis, atau yang berkaitan. Salinan Kad Pengenalan atau Pasport. |
|--|---|

For Dismemberment:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> X-Ray Film/X-Ray Report and other imaging report if any. Photograph showing injury/amputation (one full body and one showing the affected body part). Visual Acuity Report and Visual Field Report for loss of vision. Audiogram report for loss of hearing. | <p>Bagi Kehilangan Anggota Badan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Filem X-Ray/Laporan X-Ray dan laporan pengimejan yang lain jika ada. Gambar menunjukkan kecederaan/pemotongan anggota, bahagian badan (satu gambar seluruh badan dan satu gambar menunjukkan anggota/bahagian badan yang cedera). Laporan Akuiti Penglihatan dan Laporan Medan Penglihatan untuk kehilangan penglihatan. Laporan Audiogram untuk kehilangan pendengaran. |
|---|--|

GPA PLUS 3
 CLAIMS CHECKLIST / SENARAI SEMAK TUNTUTAN

IMPORTANT NOTE: TO BE COMPLETED BY PERSON COVERED WITH GPA PLUS 3 ONLY TO MAKE A CLAIM IF ANY.
NOTA PENTING: UNTUK DIISIKAN OLEH ORANG DILINDUNGI DI BAWAH GPA PLUS 3 SAHAJA UNTUK MEMBUAT TUNTUTAN JIKA ADA.

PLEASE "TICK" THE RELEVANT CLAIM BENEFITS SILA "TANDA" FAEDAH BAGI TUNTUTAN YANG BERKAITAN		CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN	CTC OF IDENTIFICATION CARD / PASSPORT / SALINAN KAD PENGENALAN ATAU PASPORT	CTC OF EMPLOYMENT LETTER / SALINAN DIAKUI SAH SURAT TAWARAN PEKERJAAN	CTC OF THREE (3) MONTHS LATEST PAYS LIPS / SALINAN DIAKUI SAH PENYATA GAJI TERKINI TIGA (3) BULAN	MEDICAL REPORT, LAB REPORT, DIAGNOSTIC REPORT, X-RAY / LAPORAN PERUBATAN, LAPORAN MAKMAL, LAPORAN DIAGNOSTIK, LAPORAN X-RAY	ORIGINAL MEDICAL BILLS & PAYMENT RECEIPTS / BIL PERUBATAN ASAL & RESIT BAYARAN ASAL	MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL CUTI SAKIT	PHOTOGRAPHS OF DISABILITY / GAMBAR KECEDEeraan, KEILATAN	CTC OF POLICE REPORT / SALINAN DIAKUI SAH LAPORAN POLIS	CTC DEATH CERTIFICATE & BURIAL PERMIT / SALINAN DIAKUI SAH SIJIL KEAMATAN & PERMIT PENGUBURAN	POST-MORTEM REPORT / LAPORAN BEDAH SIASAT	PROOF OF RELATIONSHIP (CLAIMANT) / BUKTI HUBUNGAN (PENUNTUT)	DISCHARGE NOTE OR INPATIENT BILL / NOTA PERLEPASAN HOSPITAL ATAU BILL PESAKIT DALAM	NEWSPAPER CUTTING (IF ANY) / POTONGAN AKHBAR (JIKA ADA)	FLIGHT TICKET/IRT TICKET (ANY RELEVANT DOCUMENT) / TIKET PENERBANGAN/TIKET LRT (SEBARANG DOKUMEN BERKAITAN)	CTC REPATRIATION EXPENSES / SALINAN DIAKUI SAH PERBELANJAAN PENGHANTARAN BALIK	CREDIT CARD STATEMENT / PENYATA KAD KREDIT
<input type="checkbox"/>	Fractured Bones Benefit / Faedah Tulang Patah		✓			✓												
<input type="checkbox"/>	Medical report & ambulance fee Laporan perubatan & bayaran ambulans		✓			✓	✓											
<input type="checkbox"/>	Medical Reimbursement for Dengue Fever Bayaran Balik Perubatan untuk Demam Denggi		✓			✓	✓	✓					✓	✓				
<input type="checkbox"/>	Dengue Recuperation / Pemulihan Denggi		✓			✓		✓					✓	✓				
<input type="checkbox"/>	Replacement Staff/Recruitment Costs Kos Penggantian Kakitangan/Pengambilan		✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓					
<input type="checkbox"/>	Visitors Benefit / Faedah Pelawat		✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓					
<input type="checkbox"/>	Coma Benefit / Faedah Koma		✓	✓	✓	✓							✓	✓				
<input type="checkbox"/>	Dependent Child Supplement / Suplemen Anak Tanggungan		✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓		✓			
<input type="checkbox"/>	Mobility Expenses and/or Home Renovation Expenses Perbelanjaan Mobiliti dan/atau Perbelanjaan Pengubahsuaian Rumah		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									
<input type="checkbox"/>	Trauma Counselling Compensation / Pampasan Kaunseling Trauma		✓			✓	✓											
<input type="checkbox"/>	Credit Card Indemnity / Indemniti Kad Kredit		✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓			✓		✓
<input type="checkbox"/>	Premature Birth/Miscarriage / Kelahiran Prematang/Keguguran		✓	✓	✓	✓	✓			✓								
<input type="checkbox"/>	Accidental HIV Infection / Jangkitan HIV akibat Kemalangan		✓	✓														
<input type="checkbox"/>	Get Well Benefit / Faedah Baik Pulih		✓	✓									✓	✓				
<input type="checkbox"/>	Temporary Disability Benefit / Faedah Hilang Upaya Sementara		✓	✓	✓	✓		✓					✓					

Note: / Nota:

We reserve the rights to request for additional medical reports and/or any other relevant documents to substantiate the claim whenever necessary. We also reserve the rights to view the original copy of the document submitted whenever necessary. / Kami berhak untuk meminta laporan perubatan tambahan dan/atau dokumen tambahan lain yang berkenaan untuk membuktikan kebenaran tuntutan pada bila-bila masa jika perlu. Kami juga berhak untuk merujuk kepada salinan asal dokumen yang telah diserahkan, sekiranya diperlukan.

PART 1 : INFORMATION ON THE POLICY AND PERSON COVERED
BAHAGIAN 1 : MAKLUMAT POLISI DAN ORANG YANG DILINDUNGI

Policy No.
No. Polisi

Total Claim Amount (Medical Expenses only)
Jumlah Tuntutan (Perbelanjaan Perubatan sahaja) RM

Name of Person Covered / Nama Orang Yang Dilindungi

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

Claimant's Name (if other than Person Covered)
Nama Penuntut (jika selain daripada Orang Yang Dilindungi)

Relationship to Person Covered
Hubungan dengan Orang Yang Dilindungi

Person Covered is
Orang Yang Dilindungi menggunakan

Right Handed
Tangan Kanan

Left Handed
Tangan Kiri

Do you/person covered have other policies with AIA General Berhad?
Adakah anda/orang yang dilindungi mempunyai polisi lain dengan AIA General Berhad?

Life
Nyawa

Personal Accident
Kemalangan Diri

None
Tiada

Is the Person Covered also covered for accident/
disability benefits with other insurance companies?
If "Yes", please state.

Name of Insurance Companies
Nama Syarikat Insurans

Policy No.
No. Polisi

Adakah Orang Yang Dilindungi juga dilindungi manfaat
faedah kemalangan/keilatan dengan lain-lain syarikat?
Jika "Ya", sila nyatakan.

Yes / Ya

No / Tidak

PART 2 : INFORMATION ON BANK ACCOUNT THIS CLAIM WILL BE PAID TO
BAHAGIAN 2 : MAKLUMAT AKAUN BANK UNTUK PEMBAYARAN TUNTUTAN

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

We will pay your approved claim directly to your bank account. Please fill out this section and ensure that the bank account details shall belong to the policyholder/rightful claim payee. / Kami akan membuat pembayaran secara terus kepada akaun bank anda. Sila lengkapkan bahagian ini dan pastikan kesemua maklumat adalah berkaitan akaun bank dimiliki oleh pemegang polisi/penerima tuntutan yang sah.

Policy Owner's Name / Nama Pemilik Polisi

Name of Bank / Nama Bank

Policy Owner's NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport Pemilik Polisi

Bank Account No. / No. Akaun Bank

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Policy Owner's Email Address / Alamat Emel Pemilik Polisi

Policy Owner's Mobile Tel. No. / No. Tel. Bimbit Pemilik Polisi

PART 3 : INFORMATION ON THIS CLAIM
BAHAGIAN 3 : MAKLUMAT TUNTUTAN

Type of Claim New Claim
Jenis Tuntutan Tuntutan Baharu

Follow-up Claim
Tuntutan Susulan

Please state date of accident/event
Sila nyatakan tarikh kemalangan/kejadian

- - DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT

Please tick below if applicable
Sila tandakan di bawah yang berkenaan

Dismemberment Claim
Tuntutan Kehilangan Anggota Badan

Did you/person covered lose a body part?
Adakah anda/orang yang dilindungi telah kehilangan anggota badan?

Yes / Ya No / Tidak

Dengue, Food Poisoning or Infectious Disease Claim
Tuntutan Denggi, Kercacunan Makanan atau Penyakit Berjangkit

PART 4 : DETAILS ON THE ACCIDENT/EVENT. PLEASE COMPLETE THIS SECTION
BAHAGIAN 4 : MAKLUMAT LANJUT MENGENAI KEMALANGAN/KEJADIAN. SILA LENGKAPKAN BAHAGIAN INI

1. Please state and describe your/person covered's work.
Sila nyatakan dan jelaskan pekerjaan anda/orang yang dilindungi.

(a) Nature of employment
Bidang pekerjaan

Self-Employed Employer
Bekerja Sendiri Majikan

(b) Name, Address and Telephone Number of workplace
Nama, Alamat dan Nombor Telefon tempat pekerjaan

2. (a) When did the accident/event happen?
Bila kemalangan/kejadian tersebut berlaku?

- - DD/MM/YYYY
 HH/BB/TTTT

(b) Tell us briefly how the accident/event happened.
Terangkan dengan ringkas bagaimana kemalangan/kejadian tersebut berlaku.

(c) Tell us briefly about the injuries suffered.
Terangkan dengan ringkas kecederaan dialami.

(d) Particulars of witness of the accident/event.
Maklumat saksi kemalangan/kejadian tersebut.

Name _____
Nama
 NRIC No. _____
No. KP
 Tel. No. _____
No. Tel.
 Email Address _____
Alamat Emel
 Address _____
Alamat

(e) The first doctor consulted for this accident/event
Doktor yang pertama memberikan rundingan rawatan bagi kemalangan/kejadian ini

Name _____
Nama
 Clinic/Hospital Name _____
Nama Klinik/Hospital

 Tel. No. _____
No. Tel.
 Email Address _____
Alamat Emel
 Address _____
Alamat

3. (a) The date you/person covered returned to work.
Tarikh anda/orang yang dilindungi kembali bekerja.

- - DD/MM/YYYY
 HH/BB/TTTT

(b) Briefly explain the duties that you/person covered were not able to fully carry out upon returning to work, if any.
Terangkan secara ringkas tugas yang anda/orang yang dilindungi tidak dapat jalankan sepenuhnya semasa kembali bekerja, jika ada.

Note / Nota

We will assume that you were able to perform all duties on the date you returned to work if item (b) are not completed. / Jika soalan (b) tidak dilengkapkan, kami akan andaikan bahawa anda berupaya menjalankan semua tanggungjawab anda pada tarikh anda kembali bekerja.

(c) State the date that you managed to fully perform all your duties.
Nyatakan tarikh anda berupaya menjalankan tugas sepenuhnya.

- - DD/MM/YYYY
 HH/BB/TTTT

PART 5 : DECLARATION AND AUTHORISATION
BAHAGIAN 5 : PENGISYTIHARAN DAN PEMBERIKUASAAN

- 1) I/We confirm that the answers given are true and accurate. / Saya/kami mengesahkan bahawa jawapan yang diberikan adalah benar dan tepat.
- 2) I/We understand that AIA General Berhad's acceptance of this form is not an admission of AIA General Berhad's liability of my/our claim. / Saya/kami memahami bahawa penerimaan borang ini oleh AIA General Berhad tidak dianggap sebagai penerimaan liabiliti ke atas tuntutan yang dibuat.
- 3) I/We authorise any institution or individual that has any records or knowledge of my/our/person covered's health and medical history to disclose such information to AIA General Berhad or its representative. / Saya/Kami memberi kuasa kepada mana-mana institusi atau individu yang mempunyai rekod atau maklumat tentang kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami/orang yang dilindungi untuk mendedehkannya kepada AIA General Berhad atau wakil AIA General Berhad.

PRIVACY STATEMENT / KENYATAAN PRIVASI

I/We understand and agree that any personal information collected or held by AIA General Berhad (whether contained in this application or otherwise obtained, including through credit reporting agencies) may be held, used, and disclosed by AIA General Berhad to individuals/organizations related to and associated with AIA General Berhad or any selected third party (within or outside of Malaysia, including but not limited to reinsurance companies, claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of (a) processing this application; (b) providing subsequent service for this; (c) for AIA General Berhad data matching; and (d) to review and advice on my/our coverage with AIA General Berhad. I/We understand that I/we have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by AIA General Berhad concerning me/us/person covered. Such request can be made to any of AIA General Berhad's Customer Centre. / Saya/Kami faham dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh AIA General Berhad. (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain, termasuk melalui agensi pelaporan kredit) boleh dipegang, digunakan dan diberikan oleh AIA General Berhad kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan AIA General Berhad atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk tetapi tidak terhad kepada syarikat reinsurans dan syarikat penyiasatan tuntutan dan persatuan industri/persekutuan) bagi tujuan (a) memproses permohonan ini (b) memberikan khidmat seterusnya (c) untuk pemadanan data AIA General Berhad; dan d) menyemak dan memberi nasihat mengenai perlindungan saya/kami dengan AIA General Berhad. Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh AIA General Berhad berkaitan dengan saya/kami/orang yang dilindungi. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Pelanggan AIA General Berhad.

Important Note: / Nota Penting:

AIA General Berhad may review and/or update the Privacy Statement from time to time to reflect the changes in law and/or AIA General Berhad internal policy. For more information on how AIA General Berhad deals with personal information, please refer to the latest Privacy Statement on our website at www.aia.com.my. / AIA General Berhad mungkin menyemak semula dan/atau mengemas kini Kenyataan Privasi dari masa ke semasa berdasarkan perubahan dalam undang-undang dan/atau polisi dalaman AIA General Berhad. Untuk maklumat lanjut mengenai cara AIA General Berhad menguruskan maklumat peribadi, sila rujuk Kenyataan Privasi terbaru di laman web kami di www.aia.com.my.

I/We authorize

Saya/Kami dengan ini membenarkan _____

NRIC No.

No. KP _____

or my AIA General Berhad Agent

atau Ejen AIA General Berhad saya _____

Agent Code

Kod Ejen

--	--	--	--	--	--

Agent's Tel. No.

No. Tel. Ejen _____

to assist me with this claim.

bagi membantu dalam tuntutan ini.

Signed on

Ditandatangani pada

--	--

--	--

2	0		
---	---	--	--

DD/MM/YYYY

HH/BB/TTTT

Signature of Person Covered/Claimant

Tandatangan Orang Yang Dilindungi/Penuntut

Name / Nama

NRIC / Passport No. / No. KP / Pasport

MEDICAL INFORMATION REQUEST FOR ACCIDENT CLAIM FORM

BORANG PERMOHONAN MAKLUMAT PERUBATAN UNTUK TUNTUTAN KEMALANGAN

TO BE COMPLETED BY DOCTOR, PAID FOR BY THE PERSON COVERED

UNTUK DILENGKAPKAN OLEH DOKTOR DENGAN PERBELANJAAN DITANGGUNG OLEH ORANG YANG DIINSURANSKAN

Name of Patient

Nama Pesakit

NRIC / Passport No.

No. KP / Pasport

Age

Umur

Gender

Jantina

Male
Lelaki

Female
Perempuan

Date and time of accident/disability

Tarikh dan masa kemalangan/keilatan

DD / HH - MM / BB - YYYY / TTTT

HR / JAM : MIN / MIN

am / pg

pm / ptg

1. According to the patient, how did the accident/disability happen?

Berdasarkan kepada pesakit, bagaimanakah kemalangan/keilatan tersebut berlaku?

2. Did you see any visible external injuries during the first consultation? If yes, please describe the extent of injuries.

Adakah anda dapat melihat kecederaan luaran semasa konsultasi pertama dibuat? Jika ya, sila nyatakan tahap kecederaan tersebut.

(a) Location, size and depth of wound (cm).

Lokasi, saiz dan kedalaman luka (sm).

(b) Type and location of fracture, if any.

Jenis dan lokasi keretakan, jika ada.

(c) Was there any amputation on the patient's fingers or toes? If yes, which part was amputated?

Adakah mana-mana jari tangan atau jari kaki telah dipotong? Jika ya, bahagian mana?

Hand Tangan	Thumb Ibu Jari	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan	Foot Kaki	Big Toe Ibu Jari	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan
	Index Finger Jari Kedua	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan		2nd Toe Jari Kedua	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan
	Middle Finger Jari Ketiga	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan		3rd Toe Jari Ketiga	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan
	Ring Finger Jari Keempat	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan		4th Toe Jari Keempat	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan
	Little Finger Jari Kelima	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan		5th Toe Jari Kelima	<input type="checkbox"/> Left Kiri	<input type="checkbox"/> Right Kanan

(d) Final Diagnosis and ICD9/ICD10 code

Diagnosis Muktamad dan kod ICD9/ICD10

(e) Patient is

Pesakit menggunakan

Right Handed
Tangan Kanan

Left Handed
Tangan Kiri

(f) What is the underlying or proximate cause of the accident/disability

Apakah penyebab utama kemalangan tersebut

3. Please answer the questions below for amputation, loss of fingers/toes or dismemberment claim.

Sila jawab soalan di bawah untuk tuntutan kehilangan anggota badan, kehilangan jari tangan atau jari kaki.

(a) Is the patient undergoing any form of rehabilitation? If yes, please explain briefly including the duration of the process.

Adakah pesakit menjalani rawatan pemulihan atau rehabilitasi? Jika ya, sila beri keterangan termasuk jangkamasa.

(b) Can the patient's condition be corrected by surgery?

Please explain why.

Adakah keadaan pesakit dapat dirawat melalui pembedahan? Sila jelaskan mengapa.

(c) What is the Range of Motion (ROM) of the patient?

Apakah Julat Pergerakan (JP) pesakit tersebut?

(d) What is the percentage of the Whole Person Impairment based on the AMA guidelines?

Apakah peratusan "Whole Person Impairment" mengikut rujukan AMA?

(e) What is the patient's prognosis with appropriate treatment and management for the next 12 months.

Apakah prognosis pesakit dengan rawatan dan pengurusan yang sesuai dalam masa 12 bulan yang berikutnya.

4. Did intoxication, physical defects or the patient's medical history contribute to the accident or disability? If yes, please explain briefly.

Adakah kemabukan, kecacatan fizikal atau sejarah perubatan pesakit menyumbang kepada kemalangan atau ketidakupayaan? Jika ya, sila jelaskan.

5. Please list the type of treatment provided such as number of stitches, types of dressing, physiotherapy etc. This includes any follow-up treatment.

Sila senaraikan jenis rawatan yang diberikan seperti bilangan jahitan, jenis pembalut, fisioterapi dan lain-lain. Ini termasuk rawatan susulan.

Table with 3 columns: Date (DD/MM/YYYY), Treatment/Types of Medication and Dosage, Healing Progress*. Includes sub-headers in Malay and multiple rows of empty space for data entry.

* If patient complained of experiencing pain, please provide the pain level before and after taking medication (from 0 to 10 : 0 for no pain and 10 being most painful).
* Jika pesakit memaklumkan kesakitan, sila nyatakan tahap kesakitan dialami sebelum dan selepas mengambil ubat (daripada 0 ke 10 : 0 untuk tidak sakit dan 10 untuk amat sakit).

6. If the patient was put on a P.O.P./Backslab or was immobilized, please indicate when:

Jika pesakit diletak P.O.P./Backslab atau lumpuh, sila nyatakan bila:

- (a) P.O.P. / Backslab was applied
(b) P.O.P. was removed
(c) Patient started physiotherapy
(d) Patient was started on full Weight Bearing (if any)

7. Names, addresses and dates of other physicians who treated the patient for the same injury.

Nama, alamat dan tarikh pakar perubatan lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama.

Table with 3 columns: Name of Physician, Address, Date. Includes sub-headers in Malay and multiple rows with date input boxes.

8. (a) Date last examined.
Tarikh rawatan terakhir. - - DD/MM/YYYY
HH/BB/TTTT
- (b) Present injury condition including limitation of movement, if any.
Keadaan kecederaan sekarang termasuk apa-apa had pergerakan, jika ada. _____

- (c) Was it a difficult healing process such as the patient experiencing wound breakdown, secondary infection or non-union of fracture? If yes, state why and was there any special treatment given?
Adakah pesakit melalui proses pemulihan yang sukar seperti luka atau kepatahan yang tidak sembuh atau jangkitan sampingan? Jika ya, sila nyatakan mengapa dan jika terdapat rawatan khas yang diberi. _____

9. Was the patient hospitalised due to the injuries? If so, please complete the following:
Adakah pesakit dimasukkan ke hospital akibat kecederaan dialami? Jika ya, sila lengkapkan butiran berikut:

(a) Name of Hospital
Nama Hospital

Date Admitted / *Tarikh Masuk* - - DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

Date Discharged / *Tarikh Keluar* - - DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

(b) X-ray report results
Keputusan Laporan X-ray

(c) Special Diagnostic Procedure or Treatment
Rawatan atau Prosedur Diagnostik Khas

Date Performed / *Tarikh Dijalankan* - - DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

(d) Type of Surgery Performed
Jenis Pembedahan Dijalankan

Date Performed / *Tarikh Dijalankan* - - DD / HH MM / BB YYYY / TTTT

I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient for his/her injuries/illness described and that the facts as stated above represent my medical opinion of his/her condition.
Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat kecederaan/penyakit Pesakit seperti yang tersebut di atas dan bahawa fakta-fakta yang dinyatakan di atas merupakan pandangan perubatan saya mengenai keadaan beliau.

Signature of Attending Physician
Tandatangan Pegawai Perubatan Yang Merawat

Qualification
Kelayakan

Contact No.
No. Untuk Dihubungi

Name & Address (Official Stamp)
Nama dan Alamat (Cop Rasmi)

Date (DD/MM/YYYY)
Tarikh (HH/BB/TTTT)