



Archipelago™
Insurance Limited

Archipelago Insurance Limited [A General Insurer Licensed by Labuan FSA] Co. No. LL09355 | Licence No. IS2013136

Registered Office Address :
Brumby Centre,
Lot 42, Jalan Muhibbah,
87000 Labuan FT, Malaysia.

Co-located Office :
B-08-08, Gateway Corporate Suites,
Gateway Kiaramas, No.1 Jalan Desa Kiara,
Mont Kiara, 50480 Kuala Lumpur, Malaysia.

Phone : +6 (03) 6201 0491
Fax : +6 (03) 6201 0481
Email : customerservice@archipelagoldt.com
URL : www.archipelagogrpp.com

PART 1 (To be completed by Patient / Claimant) / BAHAGIAN 1 (Untuk diisi oleh Pesakit / Penuntut)		
1. Patient Name / Nama Pesakit:		2. NRIC No. / No. Kad Pengenalan: New / Baru Old / Lama
3. a) Date of Birth / Tarikh lahir:	b) Age / Umur:	c) Gender / Jantina: <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
4. Certificate No. / Member ID / Plan / Company Name / No. Sijil / No. Ahli / Pelan / Nama Syarikat:		5. Admission / Planned Admission Date / Tarikh kemasukan hospital:
6. Hospital Name / Nama Hospital:		7. Name of Attending Doctor / Nama Doktor yang merawat: Speciality / Kepekaran:
Reason for Admission / Sebab Kemasukkan Please tick (✓) and answer accordingly / Sila tanda (✓) dan jawab soalan yang berkenaan		
<input type="checkbox"/> 8. Accident Kemalangan	a) Occurred on: Date DD / MM / YYYY Berlaku pada: Tarikh HH / BB / TTTT	Time: <input type="checkbox"/> am pagi <input type="checkbox"/> pm petang
	b) Details of Accident / Butir-butir kemalangan:	
<input type="checkbox"/> 9. Illness Penyakit	a) Symptoms first appeared on: Date DD / MM / YYYY Tarikh tanda-tanda tersebut bermula: Tarikh HH / BB / TTTT	
	b) Doctor(s) consulted for this condition / Doktor-doktor yang dilawati bagi penyakit ini:	
	c) Doctor's or Clinic Contact (Address & Telephone) / Alamat & Telefon Doktor:	
Declaration And Authorization / Pengisytiharan Dan Pemberikuasa		
I declare that the answers given above are true and complete to the best of my knowledge and belief.		
I, the undersigned, understand the delivery of this form is in no way an admission of Archipelago Insurance Limited's liability and payment to the hospital by Archipelago Insurance Limited or its representative shall not be construed as final admission of Archipelago insurance limited's liability and for this and any further claims arising, Archipelago Insurance Limited reserves all rights for evaluation as appropriate.		
I am fully aware of the limits as to my/Covered medical takaful under the above-mentioned certificate. I hereby undertake to settle/reimburse Archipelago Insurance Limited for any and all medical expenses (if such expenses have been paid on my behalf) exceeding my entitlement under the said certificate agreement, or that is not covered by the same.		
I, the undersigned, hereby irrevocably authorize any organisation, 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 related accident/injury, to disclose to Archipelago Insurance Limited or its representative such information. I agree that Archipelago Insurance Limited or its representative may use or disclose any of the information collected or held to third parties (within or outside Malaysia, including Archipelago Insurance Limited's parent company, subsidiaries or any other associated companies within Archipelago Insurance Limited's Group, reinsurers, medical examiners, claims investigators and industry associations/ federations etc.) in relation to this claim. This authorization shall bind my/the Covered's/Covered's successors and assigns and remain valid notwithstanding my/Covered's/Covered's death or 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 suppressed and/or concealed any material facts concerning covered's/Covered's condition, Archipelago Insurance Limited shall absolutely forfeit my/the Covered's/ Covered's right to compensation and further reserves the right to recover any amounts paid earlier as a result thereof.		
Saya mengisytiharkan bahawa jawapan yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap setakat pengetahuan dan kepercayaan saya.		
Saya yang bertandatangan di bawah, memahami bahawa penyerahan borang ini, tidak sama sekali boleh dianggap sebagai pengakuan liabiliti Archipelago Insurance Limited ke atas tuntutan saya/perindungan dan saya bersetuju bahawa bayaran kepada hospital oleh Archipelago Insurance Limited atau wakilnya tidak akan ditafsirkan sebagai pengakuan muktamad liabiliti Archipelago Insurance Limited dan Archipelago Insurance Limited berhak menjalankan penilaian sewajarnya berhubung tuntutan ini atau apa-apa tuntutan yang timbul selanjutnya.		
Saya memahami sepenuhnya had-had takaful perubatan saya di bawah Sijil yang tersebut di atas. Saya dengan ini berjanji akan menyelesaikan dan membayar balik kepada Archipelago Insurance Limited sebarang dan segala perbelanjaan perubatan (sekiranya perbelanjaan tersebut telah dibayar bagi pihak saya) yang melebihi kadar kelayakan di bawah perjanjian Sijil tersebut, atau sebarang perbelanjaan yang tidak dilindungi oleh Sijil perjanjian yang berkenaan.		
Saya yang bertandatangan di bawah, dengan ini membenarkan pada setiap masa, mana-mana organisasi, institusi atau individu yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang atau rawatan atau nasihat perubatan saya/perindungan/dilindungi, yang telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan kepada Archipelago Insurance Limited atau wakilnya segala maklumat tersebut. Saya bersetuju membenarkan Archipelago Insurance Limited atau wakilnya untuk mengguna dan mendedahkan apa-apa maklumat yang dikumpul atau disimpan oleh pihak ketiga (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat induk, anak syarikat Archipelago Insurance Limited atau syarikat berkaitan dalam Archipelago Insurance Limited, reinsurer, pemeriksa perubatan, penyiasat tuntutan dan pertubuhan/persekutuan industri dll.) berkaitan dengan tuntutan ini. Pengesahan ini hendaklah mengikat waris-warisan dan penama saya/perindungan/dilindungi dan kekal sah meskipun setelah kematian saya/perindungan/dilindungi setakat yang dibenarkan di sisi undang-undang. Salinan pengesahan ini adalah sah. Saya bersetuju sekiranya saya membuat pengakuan palsu atau tidak mendedahkan maklumat yang berkaitan, Archipelago Insurance Limited berhak membatalkan tuntutan saya dan menarik balik sebarang tuntutan awal yang telah dibayar.		
Signature of Patient Tandatangan Pesakit	Signature of Certificate holder / Claimant Tandatangan Pemilik Sijil / Penuntut	Signature of Witness Tandatangan Saksi
Full Name / Nama Penuh:	Full Name / Nama Penuh:	Full Name / Nama Penuh:
NRIC No: / No. K.P.:	NRIC No: / No. K.P.:	NRIC No: / No. K.P.:
Date / Tarikh:	Date / Tarikh:	Date / Tarikh:
Contact No. / No. untuk dihubungi:	Contact No. / No. untuk dihubungi:	Contact No. / No. untuk dihubungi:
	Relationship to Patient / Hubungan dengan Pesakit:	

**PART 2A - ADMISSION SECTION (To be completed by Doctor) /
BAHAGIAN 2A - BAHAGIAN KEMASUKAN (Untuk diisi oleh Doktor)**

1. a) Patient Name / Nama Pesakit: _____ b) NRIC No. / No. Kad Pengenalan: _____ c) Age / Umur: _____ d) Gender / Jantina: _____ <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan			
2. Certificate No. / Member ID / Plan / Company No. / No. Sijil / No. Ahli / Pelan / No. Syarikat: _____	3. Admission No. / MRN & Hospital Name / Hospital Contact & Fax No. / No. Kemasukan / MRN & Nama Hospital / No. Tel & Fax Hospital: _____		
4. Admission Date and Time / Tarikh Kemasukan dan Masa: _____	5. Expected days of stay / Hari Dijangka Bermalam: _____ Discharge Date / Tarikh Keluar: _____		
6. a) Symptoms / Conditions requiring admission: <i>Tanda-tanda/ Keadaan Kemasukan:</i> _____			
b) How long is patient aware of the condition: <i>Berapa lama pesakit menyedari keadaan penyakit:</i> _____	c) Patient's BP / Temp / Pulse: <i>BP Pesakit / Suhu / Nadi:</i> _____		
d) Date symptoms first appeared: <i>Tarikh Kali pertama tanda-tanda di ketahui:</i> DD / MM / YYYY HH / BB / TTTT	e) Date first consulted: <i>Tarikh mula berunding:</i> DD / MM / YYYY HH / BB / TTTT		
7. a) Any previous consultation / treatment / hospitalization for this symptom / illness or related conditions, or other disorders whether in this hospital or any other facilities? / <i>Mana-mana nasihat / rawatan / hospital sebelumnya untuk tanda-tanda ini / penyakit atau keadaan yang berkaitan, atau gangguan lain sama ada di hospital ini atau mana-mana tempat?</i> <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak			
b) Was this patient referred? If Yes, please provide details below: <i>Adakah pesakit ini dirujuk? Jika ya, sila berikan butiran:</i> <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak			
c) If this condition existed before symptoms became apparent to the patient, please indicate in your professional opinion how long has the condition existed: / <i>Jika keadaan ini wujud sebelum tanda-tanda menjadi jelas kepada pesakit, sila nyatakan pendapat profesional anda berapa lama keadaan ini telah wujud:</i>			
Date / <i>Tarikh</i>	Disease / Disorder / <i>Penyakit</i>	Details of Treatment / Hospitalization / <i>Butir Rawatan</i>	Doctor / Hospital / Clinic / <i>Doktor/ Hospital / Klinik</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
d) Can the condition be managed under the Outpatient basis? / <i>Bolehkah keadaan diuruskan sebagai pesakit luar?</i> <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If no, please provide reasons of admission: / <i>Jika tidak, sila nyatakan sebab kemasukan:</i>			
8. a) <input type="checkbox"/> Admitting Diagnosis / <i>Menjalani Diagnosis</i> or b) <input type="checkbox"/> Provisional Diagnosis / <i>Diagnosis sementara</i>			
c) Diagnosis confirmed on / <i>Diagnosis disahkan pada:</i> DD / MM / YYYY HH / BB / TTTT	Advised patient on / <i>Pesakit dinasihat pada:</i> DD / MM / YYYY HH / BB / TTTT		
d) Cause and pathology underlying the present diagnosis: / <i>Sebab dan asas patologi diagnosis ini:</i>			
e) Any possibility of relapse? / <i>Adakah kemungkinan berulang?</i> <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak			
9. Estimated Total Costs / <i>Anggaran Jumlah Kos:</i> RM _____			
10. Admission requires: / <i>Kemasukan memerlukan:</i> <input type="checkbox"/> Hospitalisation / <i>Kemasukan Hospital</i> <input type="checkbox"/> Day Care / <i>Penjagaan Harian</i> <input type="checkbox"/> On Patient's Request / <i>Atas Permintaan Pesakit</i>			
11. Is the illness / condition related to: (please tick (✓) if YES) / <i>Adakah penyakit/ keadaan berkaitan dengan: (sila semak (✓) jika Ya)</i> Please provide details: / <i>Sila nyatakan butiran:</i>			
<input type="checkbox"/> Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage or any complications arising therefrom. / <i>Mengandung / Bersalin / Kemandulan / Caesarean / Keguguran atau apa-apa komplikasi yang timbul daripadanya</i>			
<input type="checkbox"/> Congenital / Hereditary diseases / <i>Penyakit kongenital / keturunan</i>			
<input type="checkbox"/> Influence of Drugs / Alcohol / <i>Pengaruh Dadah / Alkohol</i>			
<input type="checkbox"/> Nervous / Mental / Emotional / Sleeping Disorder / <i>Saraf / Mental / Emosi / Gejala Tidur</i>			
<input type="checkbox"/> Cosmetic reason / Dental care / refractive errors correction / <i>Kesan kosmetik / Penjagaan Gigi / Pembetulan rabun</i>			
<input type="checkbox"/> AIDS / STD / VD / HIV / <i>AIDS / STD / VD / HIV</i>			
<input type="checkbox"/> Self-inflicted injuries / Violation of laws / Strike / Riots / <i>Kecederaan diri yang disengajakan / Pelanggaran undang-undang / Mogok / Rusuhan</i>			
<input type="checkbox"/> None of the above / <i>Tiada di atas</i>			
12. Medical treatment, Investigations and Surgical procedure to be performed, if any (please supply copy of all investigation results): / <i>Rawatan perubatan, Siasatan dan prosedur pembedahan yang akan dilakukan, jika ada (sila berikan salinan semua keputusan siasatan):</i>			
13. Any other medical / surgical conditions present? / <i>Mana-mana perubatan lain-lain / pembedahan yang berlaku?</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> <input type="checkbox"/> Yes, details below: / <i>Ya, butiran dibawah:</i>			
a) _____ since / <i>sejak</i> DD / MM / YYYY			
b) _____ since / <i>sejak</i> HH / BB / TTTT			
14. Was the patient pregnant at the time of hospitalization? (For Female Only) / <i>Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? (Untuk Wanita Sahaja)</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya,</i> _____ months / <i>bulan</i>			

15 a) If hospitalization was due to injury, please describe circumstances and cause of injury:
Jika kemasukan ke hospital kerana kecederaan, sila terangkan keadaan dan punca kecederaan:

b) Please indicate date / time of accident: DD / MM / YYYY (hours / jam) am / pagi pm / petang
Sila nyatakan tarikh / masa kemalangan: HH / BB / TTTT

16. I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient for his / her injuries / illness described above and that the facts as stated above represent my medical opinion of his / her condition.
Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan yang dialami beliau / penyakit yang dinyatakan di atas dan fakta-fakta yang dinyatakan adalah pendapat perubatan saya tentang keadaan beliau.

Signature of Attending Doctor / *Tandatangan Doktor yang Merawat*
Name of Doctor / *Nama Doktor:*

Doctor / Hospital Stamp / *Setem Doktor / Hospital*

Contact No. and Email Address / *No. untuk dihubungi dan Alamat Emel:*

Date / *Tarikh:*

PART 2B - DISCHARGE SECTION (To be completed by Doctor) /
BAHAGIAN 2B - BAHAGIAN PELEPASAN (Untuk diisi oleh Doktor)

17. Undertaking Letter Ref No. (if available) / *No. Rujukan Surat Pengakuan (Jika ada):* 18. Date of Discharge / *Tarikh Keluar Hospital:*

19. a) Final Diagnosis / *Diagnosis Terakhir:* ICD Code / *Kod ICD:* b) Cause and pathology of the diagnosis / *Punca dan rawatan patologi:*

20. Treatment given / Investigation done: (Please supply copy of all investigation results)
Rawatan yang diberikan/ Siasatan yang dilakukan: (Sila berikan kesemua keputusan siasatan): .

21. a) Surgical procedures performed / *Prosedur pembedahan dilakukan:* b) Date of surgery / procedure / *Tarikh pembedahan / prosedur:*

MMA code / PHFSR code / *Kod MMA/ Kod PHFSR:*

22. a) Recovery complication that arose (if any) / *Komplikasi pemulihan yang timbul (jika ada):*

b) In the case of DEATH, please advise Date / Time and Cause of death:
Dalam kes KEMATIAN, sila maklumkan Tarikh / Masa dan Punca kematian:

23. I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient for his / her injuries / illness described above and that the facts as stated above represent my medical opinion of his / her condition.
Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan / penyakit yang dinyatakan di atas dan fakta-fakta yang dinyatakan adalah pendapat perubatan saya tentang keadaan beliau.

Signature of Attending Doctor / *Tandatangan Doktor yang Merawat*
Name of Doctor / *Nama Doktor:*

Doctor / Hospital Stamp / *Setem Doktor / Hospital*

Date / *Tarikh:*