

**REQUEST FOR MEDICAL REPORT AND  
AUTHORISATION TO RELEASE INFORMATION**  
*PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN DAN  
KEIZINAN UNTUK MENGELUARKAN MAKLUMAT*

I, / Saya, \_\_\_\_\_ NRIC No. / No. KP \_\_\_\_\_

Registration No. / No. Pendaftaran: \_\_\_\_\_ hereby request from / dengan ini memohon daripada \_\_\_\_\_

(name/address of hospital or clinic / nama/alamat hospital atau klinik)

on behalf of \*myself/my / bagi pihak \*diri sendiri/ \_\_\_\_\_ saya (state relationship / nyatakan pertalian), iaitu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (name of patient / nama pesakit), a full medical report to be used for an

insurance claim. / laporan yang akan digunakan untuk maksud tuntutan insuran. \*I/my / Saya/ \_\_\_\_\_ saya

suffered the \*illness/injuries / telah mengalami \*penyakit/kecederaan yang dimaksudkan dalam permohonan ini on / pada \_\_\_\_\_ and was treated / dan dirawat

at Ward No. / di Wad \_\_\_\_\_ from / dari \_\_\_\_\_ to / hingga \_\_\_\_\_

at your clinic from / di klinik dari \_\_\_\_\_ to / hingga \_\_\_\_\_

During the said period, \*I/my / Dalam tempoh rawatan ini, \*saya/ \_\_\_\_\_ saya was given medical leave from / telah diberi cuti sakit dari

\_\_\_\_\_ to / hingga \_\_\_\_\_. I hereby authorise / Dengan permohonan ini, saya memberi kuasa kepada pihak dan kakitangan

(name/address of hospital or clinic / nama/alamat hospital atau klinik)

and its employees to release all information contained in \*my/my / untuk mengeluarkan kesemua maklumat yang terkandung dalam rekod perubatan \*saya sendiri / \_\_\_\_\_ saya

medical record to: / yang bernama seperti di atas kepada:

**Manulife Insurance Berhad (814942-M)  
Menara Manulife, 6, Jalan Gelenggang,  
Damansara Heights, 50490 Kuala Lumpur.**

and hereby release the hospital/clinic and its employees from any responsibilities and action of law that may arise from this consent. / dan dengan ini juga melepaskan pihak hospital/klinik dan kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab dan tanggungan undang-undang yang mungkin berbangkit daripada keizinan ini.

Signature/Thumbprint of Applicant / Tandatangan/Cap Ibu jari Pemohon

Date / Tarikh

\* Cross out whichever is not relevant / Potong yang mana tidak dikehendaki

**Note / Nota:**  
This form must be signed by the claimant/legal guardian of the patient to authorise the release of information, if the patient is below 18 years of age or the patient is unable to do so due to being physically or mentally incapacitated.  
Borang ini hendaklah ditandatangani oleh waris/penjaga si pesakit untuk mengizinkan pengeluaran maklumat, jika pesakit di bawah umur 18 tahun atau pesakit tidak berupaya melakukannya baik dari segi kecacatan fizikal atau mental.

