

**PRE-AUTHORISATION FORM/ Borang Pra-Kebenaran**

Private and Confidential/Sulit dan Persendirian

To expedite issuance of guarantee, please ensure that this form is appropriately and clearly filled  
 Bagi mempercepatkan pengeluaran Surat Jaminan, sila isi borang ini dengan jelas dan betul

<b>Part A (To be completed by Patient/Claimant)</b>			
<b>Bahagian A (Untuk diisi oleh Pesakit/Penuntut)</b>			
Patient's Name Nama Pesakit		Gender Jantina	
NRIC No Kad Pengenalan		Age Umur	
Principal Name Nama Penginsuran		Date Join Tarikh Mula	
NRIC No Kad Pengenalan		Date of Admission Tarikh kemasukkan hospital	
Policy No No Polisi		Hospital Name Nama Hospital	
<b>Part B (Admission Reason/Sebab Kemasukkan)</b>		<b>Type Of Illness</b>	
Common Illness Penyakit Biasa	Yes/Ya <input type="checkbox"/>	_____	Tidak/No <input type="checkbox"/>
Chronic Illness Penyakit Kronik	Yes/Ya <input type="checkbox"/>	_____	Tidak/No <input type="checkbox"/>
Accident/Kemalangan	Yes/Ya <input type="checkbox"/>	_____	Tidak/No <input type="checkbox"/>
Any diagnosis that related to fever Apa-apa penyakit yang disebabkan oleh demam	Yes/Ya <input type="checkbox"/>	_____	Tidak/No <input type="checkbox"/>
Infectious Disease Wabak Penyakit berjangkit	Yes/Ya <input type="checkbox"/>	_____	Tidak/No <input type="checkbox"/>
Any diagnosis that related to pregnancy Apa-apa penyakit yang berkaitan dengan kandungan	Yes/Ya <input type="checkbox"/>	_____	Tidak/No <input type="checkbox"/>
<b>Part C (Declaration and Authorization/Pengisytiharan dan pemberikuasa)</b>			
<p>I declare that the answers given above are true and complete to best of my knowledge and belief                      I understand the delivery of this form is no way an admission of Mediscreen Sdn Bhd liability and payment to the hospital by insurer/underwriting or its representative shall not be construed as final admission of Mediscreen Sdn bhd liability and for this and any further claims arising. Mediscreen Sdn Bhd reserves all rights for evaluation as appropriate.                      I am fully aware of the limits as to my medical insurance/takaful under the above-mentioned policy/certificate i hereby undertake to settle/reimburse any medical expenses exceeding my entitlement under the said policy/certificate contact or that is not covered by the same.                      I hereby irrevocably authorize any organization , institution, or individual that has 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 Mediscreen Sdn Bhd or its representative such information. I agree that Mediscreen Sdn Bhd or its representative may use or disclose any of the information collected or held to third parties in relation to this claim. This authorization shall bind my/ the person covered's successors and assigns and remain valid notwithstanding my/person's covered death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization shall be valid as or original                      I agree that in the event i make, or have in past made any false or untrue statement end/or concealed any material facts in respect of my/the person's covered condition, Mediscreen sdn bhd shall absolutely forfeit my/the person's covered right to compensation and further reserve the right to recover any amounts paid earlier as the result thereof</p> <p>Saya mengisytiharkan bahawa jawapan yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap setakat pengetahuan dan kepercayaan saya.                      Saya memahami bahawa penyerahan borang ini, tidak sama sekali boleh dianggap sebagai pengakuan liabiliti Mediscreen sdn bhd ke atas tuntutan saya dan saya bersetuju bahawa bayaran kepada hospital oleh Mediscreen sdn bhd atau wakilnya tidak akan ditafsirkan sebagai pengakuan muktamad liabiliti, Mediscreen sdn bhd berhak menjalankan pentafsiran sewajarnya berhubung tuntutan ini atau apa-apa tuntutan yang timbul selanjutnya.                      Saya memahami sepenuhnya had-had manfaat perubatan saya di bawah polisi/sijil yang tersebut di atas. Saya dengan ini berjanji akan menyelesaikan sebarang amaun yang melebihi had kelayakan saya dan juga yang tidak dilindungi oleh sijil berkenaan.                      Saya membenarkan pada setiap, mana-mana organisasi institusi atau individu yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang kesihatan dan latar belakang atau rawatan atau nasihat perubatan saya yang telah atau mungkin kemudian dari ini dirujuk untuk mendedahkan kepada Mediscreen sdn bhd atau wakilnya segala maklumat tersebut. Saya bersetuju membenarkan Mediscreen sdn bhd atau wakilnya untuk menggunakan dan mendedahkan apa-apa maklumat yang dikumpul atau dipegang kepada pihak ketiga berkaitan dengan tuntutan ini. Pengesahan ini hendaklah mengikat waris-waris dan penama saya/orang yang dilindungi dan kekal sah meskipun setelah kematian saya/orang yang 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 Mediscreen sdn bhd dan pihak pelindung berhak membatalkan tuntutan saya dan menarik balik sebarang tuntutan awal yang telah dibayar</p>			
<b>Signature of Patient/Tandatangan Pesakit</b>		<b>Signature of Policy Owner/Tandatangan Penginsuran</b>	
_____ Full Name>Nama Penuh: IC No/ No KP: Date/Tarikh: Contact No/No Telefon:		_____ Full Name>Nama Penuh: IC No/No KP: Date/Tarikh: Contact No/No Telefon: Relationship to patient/ Hubungan dengan pesakit:	