

**Confidential Medical Certificate - BENIGN BRAIN TUMOUR**  
**Sijil Perubatan Sulit - TUMOR OTAK BENIGN**

To be completed free of the Company's expense by the Medical Attendant of the Person Covered  
 Untuk diisi tanpa melibatkan perbelanjaan Syarikat oleh Pegawai Perubatan Orang Dilindungi

<b>Name / Nama</b>		<b>Certificate Number / Nombor Sijil</b>	
<b>Date of Birth / Tarikh Lahir</b>		<b>Identity Card No / Nombor Kad Pengenalan</b>	

The above named is covered with Prudential BSN Takaful Berhad against the happening of certain contingent events associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with **BENIGN BRAIN TUMOUR**, and to enable us to assess the claim we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Penama diatas dilindungi oleh Prudential BSN Takaful Berhad dari kejadian yang bersangkutan dengan kesihatan beliau. Satu tuntutan bersangkutan dengan **TUMOR OTAK BENIGN** telah dikemukakan dan untuk membolehkan kami menilai tuntutan tersebut, kami berbesar hati di atas kerjasama anda dalam melengkapkan borang ini.

<b>SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum</b>	
1. Are you the patient's usual medical attendant? If yes, please provide details of all consultations Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan  a) 1st consultation (dd/mm/yy) Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)  b) Consultation dates (dd/mm/yy) Tarikh perundingan hh/bb/tt	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  a) _____  b) _____
2. Is the patient being referred by another doctor? If yes, please give details. Adakah pesakit ini dirujuk oleh doktor lain? Jika ya sila beri butiran.	
3. When you were first consulted for this disease and at that time, what were the symptoms and how long had the symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada ketika itu sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? Pernahkah pesakit sebelum ini mengalami keadaan yang dinyatakan di atas atau apa-apa penyakit-penyakit yang mungkin berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

**61601025**

**SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum**

5. If yes, please state the following details / Jika ya sila nyatakan yang berikut:

Consultation Date <i>Tarikh Rawatan</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat aduan</i>	Diagnosis Made <i>Diagnosis yang dibuat</i>

6. On which date did the patient first become aware of the condition?  
*Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari akan keadaan ini?*

7. Is there anything in the patient's personal medical history that would have increased the risk of benign brain tumors?  
*Adakah terdapat rekod pada sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko tumor otak benign?*

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of benign brain tumour?  
*Adakah terdapat rekod pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit tumor otak benign?*

9. Please give details of the patient's habit in relation to cigarette smoking, alcohol consumption, drug abuse (if any).  
*Sila berikan butir-butir tabiat merokok, pengambilan alkohol, penyalahgunaan dadah pesakit (jika ada).*

10. Please furnish the following information in regards to other medical practitioners whom to your knowledge has attended to the patient in the past.  
*Sila berikan maklumat yang berikut mengenai pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat pesakit pada masa lalu.*

Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat &amp; No. Tel Doktor</i>

SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN																	
<p>1. Please provide full and exact diagnosis of the patient's condition. <i>Sila berikan secara terperinci diagnosis terhadap keadaan pesakit.</i></p>																	
<p>2. Is the diagnosis related to the following condition:- <i>Adakah diagnosis berkaitan dengan keadaan berikut:-</i></p> <p>a) Cysts/ <i>Sista</i>                      b) Granulomas/ <i>Granuloma</i>                      c) Malformations in or of the arteries or veins of the brain/ <i>Kecacatan dalam atau pada arteria tau vena otak</i>                      d) Haematomas/ <i>Haematoma</i>                      e) Tumors in the pituitary gland / <i>Tumor di dalam kelenjar pituitary</i>                      f) Tumors in the spine/ <i>Tumor di dalam tulang belakang</i>                      g) Tumors of the acoustic nerve/ <i>Tumor saraf akustik</i></p>	<p>Yes / Ya    No / Tidak</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr> </table>																
<p>3. Has the type of tumor been confirmed by specialist investigation? Please give details. <i>Adakah jenis ketumbuhan telah dipastikan dengan cara penyiasatan pakar? Sila berikan butir-butir</i></p>																	
<p>4. Is the tumor life threatening in nature? <i>Adakah tumor ini secara semulajadinya mengancam nyawa?</i></p> <p>If yes, does it give rise to characteristic signs of increased intra-cranial pressure? Please give details. <i>Jika ya, adakah ia mengakibatkan timbulnya ciri-ciri peningkatan tekanan intrakranium. Sila berikan butir-butir.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya                      <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>																
<p>5. Is the tumor causing permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms? If yes, please give details <i>Adakah tumor ini menyebabkan defisit neurologi yang kekal dengan simptom klinikal berterusan? Jika ya sila beri butiran</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya                      <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>																
<p>6. Is the tumor causing damage to the brain? <i>Adakah tumor ini menyebabkan kerosakan otak?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya                      <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>																
<p>7. Has the tumor been totally or partially surgical eradicated? If yes, please give details of histology. <i>Adakah ketumbuhan itu telah dibuang kesemuanya atau sebahagiannya dengan cara pembedahan? Jika ya, sila berikan butir-butirnya.</i></p>																	
<p>8. Is the presence of the underlying tumor confirmed by imaging studies such as CT Scan or MR imaging? <i>Adakah kehadiran tumor pendasar (underlying tumour) telah dipastikan dengan menggunakan kajian imej seperti imbasan CT atau imej MR?</i></p>																	

<b>SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN</b>											
<p>9. Please give names and addresses of all consultants, specialists or hospitals to which patient has been referred to or attended for this condition.  <i>Sila berikan nama dan alamat semua pakar runding, pakar atau hospital di mana pesakit telah dirujuk untuk keadaan ini.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Date <i>Tarikh</i></th> <th style="width: 30%; padding: 5px;">Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i></th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Name of doctor <i>Nama doktor</i></th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Address &amp; Tel. no of doctor <i>Alamat &amp; No. Tel Doktor</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat &amp; No. Tel Doktor</i>				
Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat &amp; No. Tel Doktor</i>								
<p>10. If there is any further information which, in your opinion, will assist our Chief Medical Officer in assessing this claim, please furnish such information below:-  <i>Jika terdapat maklumat lanjut, yang pada pendapat anda dapat membantu Ketua Pegawai Perubatan kami dalam menilai tuntutan ini, sila nyatakan maklumat tersebut di bawah ini:-</i></p>											
<p>11. Please attach results of any investigations performed and provide remarks, if any below:-  <i>Sila lampirkan keputusan kesemua siasatan yang telah dilakukan dan berikan ulasan, jika ada di bawah ini:-</i></p>											

I hereby certify that the above answers are all true and to be the best of my knowledge.  
*Saya dengan ini mengesahkan semua jawapan di atas adalah benar dan pada pengetahuan terbaik saya.*

<b>Name / <i>Nama</i></b>	
<b>Signature/ <i>Tandatangan</i></b>	
<b>Professional qualification / <i>Kelayakan profesional</i></b>	
<b>Practice stamp and address / <i>Cap perkhidmatan dan alamat</i></b>	