

**Confidential Medical Certificate - CARDIOMYOPATHY**  
**Sijil Perubatan Sulit - KARDIOMIOPATI**

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 **CARDIOMYOPATHY**, 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 **KARDIOMIOPATI** 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 condition and at that time, how long had symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada ketika itu sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. On which date did the patient first become aware of the condition? Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya ini?	
5. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang di atas atau penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

**61601098**

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

6. 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>

7. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of above disease?  
*Adakah apa-apa dalam sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit di atas?*

8. 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).*

9. 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 state the symptoms presented by patient on first consultation and indicate the diagnosis made. <i>Sila nyatakan gejala-gejala yang ditunjukkan semasa perundingan pertama dan diagnosis yang dibuat.</i></p>										
<p>2. Was the heart failure caused by Cardiomyopathy? <i>Adakah kegagalan fungsi jantung itu disebabkan oleh Kardiomiopati?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes (if yes, kindly confirm whether the Cardiomyopathy directly related to / <i>Ya (jika ya, sila sahkan jika kardiomiopati adalah berkait terus kepada:</i></p> <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;">No / Tidak</td> </tr> <tr> <td>a) Alcohol misuse <i>Penyalahgunaan alkohol</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Drug abuse <i>Penyalahgunaan dadah</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> No (please provide details)/ <i>Tidak (sila berikan penjelasan)</i></p>		Yes / Ya	No / Tidak	a) Alcohol misuse <i>Penyalahgunaan alkohol</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Drug abuse <i>Penyalahgunaan dadah</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes / Ya	No / Tidak								
a) Alcohol misuse <i>Penyalahgunaan alkohol</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
b) Drug abuse <i>Penyalahgunaan dadah</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<p>3. Please state the current condition of your patient in accordance to the New York Heart Association Classification or an equivalent classification of cardiac impairment. Please give details on the symptoms. <i>Sila nyatakan keadaan pesakit anda selaras dengan Klasifikasi New York Association bagi kerosakan kardiak. Sila nyatakan butiran untuk gejala-gejala.</i></p> <p>a) (i) If patient's condition falls within Class III or IV, kindly elaborate further on the permanent physical impairment suffered by the patient. <i>Jika keadaan pesakit tergolong dalam Kelas III atau IV, sila nyatakan kerosakan fizikal tetap yang dialami oleh pesakit.</i></p> <p>(ii) Is the above said condition permanent and/ or beyond the hope of recovery with current medical knowledge and technology? <i>Adakah keadaan pesakit kekal dan/ atau tiada harapan untuk pulih semula dengan pengetahuan perubatan dan teknologi terkini?</i></p> <p>b) If patient's condition does not fall within Class III or IV, which NYHA Classification of Cardiac Impairment best defines patient's condition? <i>Jika keadaan pesakit tidak tergolong dalam kelas III atau IV, kelas klasifikasi NYHA yang manakah menunjukkan kondisi pesakit?</i></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>									

**SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN**

4. Please give names and addresses of all consultants, specialists or hospitals to which patient has been referred to or attended for this condition.

*Sila berikan nama dan alamat semua pakar runding, pakar atau hospital di mana pesakit telah dirujuk untuk keadaan ini.*

Date Tarikh	Nature of complaints Sifat-sifat penyakit	Name of doctor Nama doktor	Address & Tel. no of doctor Alamat & No. Tel Doktor

5. 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:-

*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:-*

6. Please attach results of any investigations performed and provide remarks, if any below:-

*Sila lampirkan keputusan kesemua siasatan yang telah dilakukan dan berikan ulasan, jika ada di bawah ini:-*

**We would be grateful for copies of any relevant hospital reports available.**

***Kami amat berterima kasih jika anda dapat memberikan laporan hospital yang berkenaan.***

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