

Confidential Medical Certificate - HEART ATTACK
Sijil Perubatan Sulit - SERANGAN JANTUNG

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

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

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 **HEART ATTACK**, 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 **SERANGAN JANTUNG** telah dikemukakan dan untuk membolehkan kami menilai tuntutan tersebut, kami berbesar hati di atas kerjasama anda dalam melengkapkan borang ini.

SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum	
<p>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</p> <p>a) 1st consultation (dd/mm/yy) Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)</p> <p>b) Consultation dates (dd/mm/yy) Tarikh perundingan hh/bb/tt)</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p>
<p>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.</p>	
<p>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 dilawati untuk penyakit ini dan pada waktu itu, apakah tanda-tanda penyakit dan sudah berapa lamakah terdapat tanda-tanda tersebut?</p>	
<p>4. Has the patient previously suffered from above condition or any other related illness? Eg. hypertension, angina or other vascular disease). Adakah pesakit pernah mengalami keadaan seperti di atas atau penyakit yang berkaitan? Contohnya, tekanan darah tinggi, angina atau penyakit vaskular yang lain.</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

61601037

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 conditions?
Sila berikan tarikh pesakit pertama kali sedar akan penyakitnya?

7. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of heart attack?
Adakah ada apa-apa pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko serangan penyakit jantung?

8. Please give details of the patient's habit in relation to cigarette smoking.
Sila berikan butir-butir tabiat merokok pesakit.

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 & No. Tel Doktor</i>

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

1. Please give full and exact details of the diagnosis.
Sila berikan butir-butir penuh dan tepat mengenai diagnosis.

2. Please describe the initial episode :-
Sila terangkan episod awal :-

a) Nature of episode:
Keadaan peristiwa:

b) Date of episode :
Tarikh peristiwa:

c) Date of return to normal activities
Tarikh kembali kepada aktiviti biasa

3. 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 <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 & No. Tel Doktor</i>

4. Was there any new characteristic of electrographic changes with the development of any of the following: ST elevation or depression, T wave inversion, pathological Q waves or left bundle branch block? If yes please furnish details of the results.
Adakah terdapat perubahan ciri baru elektrokardiografik dengan pembentukan salah satu daripada yang berikut: peningkatan atau penurunan ST, penyonsangan (inversi) gelombang T, patologi gelombang Q atau blok cabang berkas kiri? Jika ya sila sertakan butiran.

5. Is the diagnosis, symptoms or investigation test results associated with the following in any way;

Yes / Ya No / Tidak

a) Occurrence of an acute coronary syndrome including but not limited to unstable angina.
Kejadian sindrom koronari akut termasuk tetapi tidak terhad kepada angina tidak.

b) A rise in cardiac biomarkers resulting from a percutaneous procedure for coronary artery disease.
Peningkatan petunjuk kardiium akibat daripada prosedur perkutaneus untuk penyakit arteri koronari.

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

6. Was there any elevation of the cardiac biomarkers, inclusive of CPK-MB above the generally accepted normal laboratory levels or Troponins recorded at the following levels or higher:- Cardiac Troponin T or Cardiac Troponin I > / =0.5 ng/ml.
If yes please furnish details of the results.

*Adakah terdapat peningkatan petunjuk kardium, termasuk CPK-MB melebihi tahap normal makmal yang diterima secara umum atau Troponin yang direkodkan berada di peringkat berikut atau lebih tinggi:- Troponin T Kardium atau Troponin I Kardium > / =0.5 ng/ml.
Jika ya sila sertakan butiran keputusan.*

7. 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:-

8. 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.

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