

Confidential Medical Certificate - MAJOR ORGAN / BONE MARROW TRANSPLANT
Sijil Perubatan Sulit-TRANSPLAN ORGAN UTAMA / SUMSUM TULANG

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 **MAJOR ORGAN / BONE MARROW TRANSPLANT**, 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 **TRANSPLAN ORGAN UTAMA / SUMSUM TULANG** 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	
1. Are you the patient's usual medical attendant? If yes, please provide details of all consultations <i>Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan</i> a) 1st consultation (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)</i> b) Consultation dates (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan hh/bb/tt</i>	<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. <i>Adakah pesakit ini dirujuk oleh doktor lain? Jika ya sila beri butiran.</i>	
3. When were you first consulted for this condition and at that time, how long had symptoms been present? <i>Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?</i>	
4. On which date did the patient first become aware of the condition? <i>Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya ini?</i>	
5. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? <i>Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang di atas atau penyakit yang berkaitan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

61601044

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 habit or personal medical history which would have increased the risk of Major Organ transplantation / Bone Marrow Transplantation?
Adakah terdapat apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko transplan Organ utama/ Sumsung Tulang?

8. Is there anything in the patient’s family history which would have increased the risk of Major Organ transplantation/ Bone Marrow Transplantation?
Adakah terdapat ahli keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko transplan Organ utama/ Sumsung Tulang?

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	
<p>1. Please provide full and exact details of the diagnosis of the disease leading to surgery. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis penyakit yang membawa kepada pembedahan.</i></p>	
<p>2. Please provide details of transplant surgery performed. <i>Sila berikan butir-butir pembedahan pemindahan yang dijalankan.</i></p>	
<p>3. Is the surgery involve the receipt of a transplant of: <i>Adakah pembedahan itu melibatkan penerimaan transplan berikut:</i></p> <p>a) Human bone marrow using hematopoietic stem cells preceded by total bone marrow ablation or: <i>Sumsum tulang manusia menggunakan sel stem hematopoietic didahului dengan ablasi sumsum tulang menyeluruh atau:</i></p> <p>b) One of the following organs: heart, lung, liver, kidney, pancreas that resulted from irreversible end stage failure of the relevant organ. <i>Salah satu daripada organ-organ manusia berikut: jantung, paru-paru, hati, buah pinggang, pankreas yang tidak dapat dipulihkan akibat kegagalan tahap akhir organ yang berkenaan.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>4. What investigations or tests have been performed to verify the condition? <i>Apakah siasatan atau ujian yang telah dijalankan untuk mengesahkan keadaan ini?</i></p>	
<p>5. Please comment on the history of end stage failure of heart, lungs, liver, kidney, pancreas or bone marrow disease (other than leukemia) preceding surgery. <i>Sila beri ulasan mengenai sejarah penyakit jantung peringkat akhir, paru-paru, hati, buah pinggang, pankreas atau sumsum tulang (selain leukemia) sebelum pembedahan.</i></p>	
<p>6. Please give details if there is history of Sickle cell disease, Thalassemia, Hepatitis B, other haemoglobinopathy or cirrhosis. <i>Sila berikan butir-butir sekiranya ada sejarah penyakit sel Sickle, Thalassemia atau cirrhosis.</i></p>	

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

7. 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

8. 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:-

9. 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	