

Confidential Medical Certificate - SERIOUS CORONARY ARTERY DISEASE
Sijil Perubatan Sulit - PENYAKIT ARTERI KORONARI SERIUS

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 **SERIOUS CORONARY ARTERY DISEASE**, 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 **PENYAKIT ARTERI KORONARI SERIUS** 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 mengenai keadaan ini, dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah terdapat tanda-tanda tersebut?</i>	
4. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Eg. Hypertension, Angina or other vascular disease. <i>Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang tersebut di atas atau penyakit yang berkaitan? Contohnya Tekanan darah tinggi, Angina atau penyakit vaskular yang lain.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

61601048

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 illness?
Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya?

7. Is there anything in the patient's personal medical history that would have increased the risk of coronary artery disease?
Adakah terdapat rekod pada sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit arteri koronari?

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of coronary artery disease?
Adakah terdapat rekod pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit arteri koronari?

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

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 & No. Tel Doktor</i>

SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN			
<p>1. Please describe the full and exact diagnosis of the heart disease. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan tepat mengenai diagnosis penyakit jantung ini.</i></p>			
<p>2. Is there any narrowing of the lumen of Right Coronary Artery (RCA), Left Anterior Descending Artery (LAD) and Circumflex Artery? (Not inclusive of their branches). If yes, what is the percentage of the narrowing for each of the arteries involved? <i>Adakah terdapat penyempitan lumen bagi Arteri Koronari Kanan (RCA), Anterior kiri Arteri Menurun (LAD) dan Arteri Sirkumfleksi?(tidak termasuk cabang-cabang). Jika ya, sila nyatakan peratusan penyempitan lumen pada setiap arteri yang terlibat?</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak	
<p>3. Is the said narrowing of the lumen proven by coronary arteriography? If yes, please enclose a copy of report. <i>Adakah penyempitan lumen tersebut dapat dibuktikan oleh arteriographi koronari? Jika ya, sila sertakan salinan laporan.</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak	
<p>4. What type of surgery has been performed and when? <i>Apakah jenis pembedahan yang telah dijalankan dan bila?</i></p>			
<p>5. If Coronary Artery by passes grafting, please state the number and sites of grafts. <i>Jika pintasan graf arteri koronari, sila nyatakan bilangan dan tempat graf dilakukan.</i></p>			
<p>6. Please provide the address of the hospital where operation took place and also the name of the surgeon. <i>Sila berikan alamat hospital dan nama pakar bedah yang menjalankan pembedahan tersebut.</i></p>			
<p>7. 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>			
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

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	