

Confidential Medical Certificate - TERMINAL ILLNESS

Sijil Perubatan Sulit - PENYAKIT TERMINAL-MEMBAWA MAUT

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 **TERMINAL ILLNESS**, and to enable us to assess the claim we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Penama di atas dilindungi oleh Prudential BSN Takaful Berhad dari kejadian yang berkaitan dengan kesihatan beliau. Satu tuntutan berkaitan dengan **PENYAKIT TERMINAL-MEMBAWA MAUT** 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/yyyy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tttt)</i> b) Consultation dates (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan (hh/bb/tttt)</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 kali pertama anda ditemui mengenai keadaan ini, dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah anda mengalami simptom tersebut?</i>							
4. If yes, please state the following details/Jika ya sila nyatakan yang berikut:							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Consultation Date Tarikh Rawatan</th> <th>Nature of complaints Sifat-sifat aduan</th> <th>Diagnosis Made Diagnosis yang dibuat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Consultation Date Tarikh Rawatan	Nature of complaints Sifat-sifat aduan	Diagnosis Made Diagnosis yang dibuat			
Consultation Date Tarikh Rawatan	Nature of complaints Sifat-sifat aduan	Diagnosis Made Diagnosis yang dibuat					

61601104

SECTION A/BAHAGIAN A: General/Umum			
5. On which date did the patient first become aware of the illness? <i>Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya?</i>			
6. Please give details of the patient's habit in relation to cigarette smoking. <i>Sila berikan butir-butir tabiat merokok pesakit.</i>			
7. Please furnish the following information in regards to other medical practitioners whom to your knowledge has attended to the patient in the past. <i>Sila berikan maklumat yang berikut mengenai pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat pesakit pada masa lalu.</i>			
Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat aduan</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 provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis.</i>	
2. Please give details of symptoms and treatment during the last consultation. <i>Sila beri maklumat mengenai gejala dan rawatan semasa rundingan terakhir.</i>	
3. Is the patient's condition incurable and beyond any hope of recovery? <i>Adakah keadaan pesakit tidak dapat disembuhkan dan di luar harapan untuk sembuh?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
4. In your opinion, is the patient's illness/condition terminal? <i>Pada pendapat anda, adakah penyakit/kondisi pesakit pada tahap terminal?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
5. In your opinion, what is the estimated life expectancy of the patient? <i>Pada pendapat anda, berapa anggaran jangka hayat pesakit?</i>	
6. What treatment is the patient currently receiving? <i>Apakah rawatan yang sedang diterima pesakit?</i>	
7. How effective the treatment given in alleviating the symptoms and controlling the condition? <i>Sejauh mana keberkesanan rawatan yang diberikan dalam mengurangkan gejala dan mengawal keadaan?</i>	
8. Has active therapy now been rejected in favor of palliative care? <i>Adakah terapi aktif kini ditolak untuk memihak kepada perawatan paliatif?</i>	
9. Has the patient ever been tested positive for HIV/AIDS or is he/she waiting the result of such a test? <i>Adakah pesakit pernah diuji positif HIV/AIDS atau dia menunggu hasil ujian seperti itu?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
10. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? <i>Adakah pesakit mengalami keadaan seperti yang di atas atau penyakit yang berkaitan sebelum ini?</i>	
11. Is there anything in the patient's personal medical history that would have increased the risk of terminal illness? <i>Adakah terdapat rekod pada sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit terminal-membawa maut?</i>	

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

12. Is there anything in the patient’s family history which would have increased the risk of terminal illness?
Adakah terdapat rekod pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit terminal-membawa maut?

13. 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 aduan</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat & No. tel doktor</i>

14. 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:-

15. 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:-

Note: We would be grateful for copies of any relevant hospital reports available.
Note: 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 <i>Nama</i>	
Signature <i>Tandatangan</i>	
Professional qualification <i>Kelayakan profesional</i>	
Practice stamp and address <i>Cap perkhidmatan dan alamat</i>	