

**Confidential Medical Certificate - BLINDNESS**  
**Sijil Perubatan Sulit - BUTA**

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 **BLINDNESS**, 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 **KEBUTAAN** 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 were you first consulted for the injury or condition which caused the blindness and at that time, how long had symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk kecederaan atau keadaan yang menyebabkan kebutaan dan pada waktu 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 diatas atau penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

**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 blindness?  
*Adakah terdapat apa-apa pada gaya hidup atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko kebutaan?*

8. Have any of the patient's family (whether living or dead) suffered from eye disease including blindness, cataract, glaucoma or retinitis pigmentosa?  
*Adakah terdapat ahli keluarga pesakit (sama ada masih hidup atau telah meninggal dunia) yang mengalami penyakit mata termasuk kebutaan, selaput, glaukoma atau retinitis pigmentosa?*

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**

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.*

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