

**Confidential Medical Certificate - CANCER**  
**Sijil Perubatan Sulit - KANSER**

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 **CANCER**, 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 **KANSER** 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 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?	
4. Had the patient previously suffered from above condition or any other related illness? Adakah pesakit pernah mengalami keadaan seperti di atas atau penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

**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 disease?  
*Sila berikan tarikh pesakit mula menyedari akan penyakit ini?*

7. When was the patient informed of the final diagnosis?  
*Bilakah pesakit diberitahu mengenai diagnosis penyakit?*

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of cancer?  
*Adakah ada apa-apa pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko kanser?*

9. Please give details of the patient's habit in relation to cigarette smoking, alcohol consumption, drug abuse (if any).  
*Sila berikan butir-butir tabiat merokok, pengambilan alkohol, penyalahgunaan dadah pesakit (jika ada).*

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 &amp; No. Tel Doktor</i>

SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN																																		
<p>1. What was the site or organ involved and the precise histology of the tumour? <i>Dimanakah lokasi atau organ yang terlibat dan apakah histologi khusus ketumbuhan?</i></p>																																		
<p>2. What stage did the disease reach? Please describe this using whichever staging classification is appropriate. <i>Apakah peringkat penyakit? Sila terangkan peringkat ini dengan menggunakan mana-mana klasifikasi peringkat yang sesuai.</i></p> <p>a) Was the disease completely localised? <i>Adakah penyakit betul-betul setempat?</i></p> <p>b) Was there invasion of adjacent tissue? <i>Adakah terdapat serangan terhadap tisu berhampiran?</i></p> <p>c) Were regional lymph nodes involved? <i>Adakah nodus limfa setempat terlibat?</i></p> <p>d) Were there distant metastases? <i>Adakah terdapat metastasis yang jauh?</i></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																	
<p>3. If the diagnosis is leukemia, please provide details of the actual type. <i>Jika diagnosis nya ialah leukemia, sila berikan butiran mengenai jenisnya yang sebenar.</i></p>																																		
<p>4. Is the diagnosis falling within any of the following conditions? <i>Adakah diagnosis tergolong dalam keadaan yang berikut?</i></p> <p>a) All cancers which are histologically classified as any of the following <i>Semua kanser yang secara histologinya diklasifikasi sebagai berikut:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-Malignant / <i>Pra Malignan</i></li> <li>• Non –Invasive / <i>Bukan invasive</i></li> <li>• Carcinoma in situ / <i>Karsinoma in situ</i></li> <li>• Having Borderline Malignancy <i>Mempunyai malignan pingiran (borderline)</i></li> <li>• Having Malignant potential <i>Mempunyai potensi malignan</i></li> </ul> <p>b) All tumours of the prostate histologically classified as T1N0M0 (TNM classification) <i>Semua tumor prostat yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai T1N0M0 (Klasifikasi TNM)</i></p> <p>c) All tumours of the thyroid histologically classified as T1N0M0 (TNM classification) <i>Semua tumor tiroid yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai T1N0M0 (Klasifikasi TNM)</i></p> <p>d) All tumours of the urinary bladder histologically classified as T1N0M0 (TNM classification) <i>Semua tumor pundi kencing yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai T1N0M0 (Klasifikasi TNM)</i></p> <p>e) Chronic Lymphocytic Leukemia less than RAI stage 3 <i>Leukemia Limfositik Kronik kurang daripada RAI tahap 3</i></p> <p>f) All cancers in the presence of HIV <i>Semua kanser dengan kewujudan HIV</i></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="text-align: center;">Yes / Ya</th> <th style="text-align: center;">No / Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> </tbody> </table>		Yes / Ya	No / Tidak		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
	Yes / Ya	No / Tidak																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																
	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak																																
	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak																																
	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak																																
	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak																																
	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak																																

SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN				
g) Any skin cancer other than malignant melanoma <i>Sebarang kanser kulit selain melanoma malignan</i>	<input type="checkbox"/>	Yes / Ya	<input type="checkbox"/>	No / Tidak
h) Stage 1 Hodgkin's Disease <i>Penyakit Hodgkin Tahap 1</i>	<input type="checkbox"/>	Yes / Ya	<input type="checkbox"/>	No / Tidak
i) Papillary Carcinoma of the bladder <i>Karsinoma papilari pepundi</i>	<input type="checkbox"/>	Yes / Ya	<input type="checkbox"/>	No / Tidak
5. 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>				
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>	
6. 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:- <i>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:-</i>				
7. Please attach results of any investigations performed and provide remarks, if any below:- <i>Sila lampirkan keputusan kesemua siasatan yang telah dilakukan dan berikan ulasan, jika ada di bawah ini:-</i>				

**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>	