

**Confidential Medical Certificate - CARDIOMYOPATHY**  
**Sijil Perubatan Sulit - KARDIOMIOPATI**

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 **CARDIOMYOPATHY**, 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 **KARDIOMIOPATI** 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 <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 you were 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 ketika 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

**61601098**

**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 family history which would have increased the risk of above disease?  
*Adakah apa-apa dalam sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit di atas?*

--

8. 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).*

--

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										
<p>1. Please state the symptoms presented by patient on first consultation and indicate the diagnosis made. <i>Sila nyatakan gejala-gejala yang ditunjukkan semasa perundingan pertama dan diagnosis yang dibuat.</i></p>										
<p>2. Was the heart failure caused by Cardiomyopathy? <i>Adakah kegagalan fungsi jantung itu disebabkan oleh Kardiomiopati?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes (if yes, kindly confirm whether the Cardiomyopathy directly related to / <i>Ya (jika ya, sila sahkan jika kardiomiopati adalah berkait terus kepada:</i></p> <table style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Yes / Ya</th> <th style="text-align: center;">No / Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Alcohol misuse <i>Penyalahgunaan alkohol</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Drug abuse <i>Penyalahgunaan dadah</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> No (please provide details)/ <i>Tidak (sila berikan penjelasan)</i></p>		Yes / Ya	No / Tidak	a) Alcohol misuse <i>Penyalahgunaan alkohol</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Drug abuse <i>Penyalahgunaan dadah</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes / Ya	No / Tidak								
a) Alcohol misuse <i>Penyalahgunaan alkohol</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
b) Drug abuse <i>Penyalahgunaan dadah</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<p>3. Please state the current condition of your patient in accordance to the New York Heart Association Classification or an equivalent classification of cardiac impairment. Please give details on the symptoms. <i>Sila nyatakan keadaan pesakit anda selaras dengan Klasifikasi New York Association bagi kerosakan kardiak. Sila nyatakan butiran untuk gejala-gejala.</i></p> <p>a) (i) If patient's condition falls within Class III or IV, kindly elaborate further on the permanent physical impairment suffered by the patient. <i>Jika keadaan pesakit tergolong dalam Kelas III atau IV, sila nyatakan kerosakan fizikal tetap yang dialami oleh pesakit.</i></p> <p>(ii) Is the above said condition permanent and/ or beyond the hope of recovery with current medical knowledge and technology? <i>Adakah keadaan pesakit kekal dan/ atau tiada harapan untuk pulih semula dengan pengetahuan perubatan dan teknologi terkini?</i></p> <p>b) If patient's condition does not fall within Class III or IV, which NYHA Classification of Cardiac Impairment best defines patient's condition? <i>Jika keadaan pesakit tidak tergolong dalam kelas III atau IV, kelas klasifikasi NYHA yang manakah menunjukkan kondisi pesakit?</i></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>									

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

4. 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

5. 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:-*

6. 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>	