

Confidential Medical Certificate - DEAFNESS
Sijil Perubatan Sulit - PEKAK

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 **DEAFNESS**, 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 **PEKAK** 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 the injury or condition which caused the deafness and at that time, how long had symptoms been present? <i>Bilakah anda pertama kali ditemui untuk kecederaan atau keadaan yang menyebabkan kepekakan dan pada waktu 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 diatas atau penyakit yang berkaitan?</i>	<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 lifestyle or personal medical history which would have increased the risk of deafness?
Adakah terdapat apa-apa pada gaya hidup atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko kepekakan?

8. 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											
1. Please provide full and exact details of the injury, disease or condition causing deafness, to include dates. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan di atas kecederaan, penyakit atau kecederaan yang menyebabkan kepekakan termasuk tarikhnya.</i>											
2. a) Is the deafness caused / as a result of accident or illness? <i>Adakah kepekakan disebabkan/ akibat daripada kemalangan atau penyakit?</i> b) Is the loss of hearing is greater than 80 decibels across all frequencies of hearing in both ears? <i>Adakah tahap kepekakan melebihi 80 desibel merentasi semua frekuensi pendengaran pada kedua-dua belah telinga?</i>											
3. Is there any residual hearing in either ear? <i>Adakah terdapat sisa-sisa pendengaran pada mana-mana belah telinga?</i>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak									
4. If yes, please give details of the degree of hearing and date of examination. <i>Jika ya, sila berikan butir-butir darjah pendengaran dan tarikh pemeriksaan.</i>											
5. What investigations or tests have been performed to verify deafness? e.g Audiogram. <i>Apakah siasatan atau ujian yang telah dijalankan untuk mengesahkan kepekakan? Contohnya Audiogram.</i>											
6. Is there any surgery or other treatment available that could re-instate the hearing in either or both ears? <i>Adakah terdapat apa-apa pembedahan atau sebarang rawatan yang boleh mengembalikan pendengaran pada salah satu atau kedua-dua telinga?</i>											
7. Please confirm whether deafness in both ears will be of a permanent nature. <i>Sila sahkan sama ada kepekakan di kedua-dua belah telinga adalah kekal sifatnya.</i>											
8. 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>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date <i>Tarikh</i></th> <th>Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i></th> <th>Name of doctor <i>Nama doktor</i></th> <th>Address & Tel. no of doctor <i>Alamat & No. Tel Doktor</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				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>				
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

9. 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:-

10. 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	