

**Confidential Medical Certificate - FULL BLOWN AIDS**  
**Sijil Perubatan Sulit - AIDS DENGAN GEJALA PENUH**

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 **FULL BLOWN AIDS**, 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 **AIDS DENGAN GEJALA PENUH** 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 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 this condition and at that time, how long had symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada ketika itu sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. What were the symptoms presented? Apakah tanda-tanda yang mula ada?	
5. On which date did the patient first become aware of the condition? Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya ini?	
6. 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**

7. 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>

8. Did the patient belong to any of the following group?  
*Adakah pesakit tergolong kepada mana-mana kumpulan yang di bawah ini?*

Yes / Ya      No / Tidak

- a) Homosexual and bisexual men/  
*Lelaki yang cenderung pada kaum sejenisnya dan pada kedua-dua jantina.*
- b) Intravenous drug users/  
*Pengguna dadah suntikan*
- c) Haemophiliacs/  
*Seseorang yang cenderung kepada pendarahan.*
- d) Spouses and sexual partners of the above groups/  
*Pasangan suami/isteri dan pasangan kelamin kepada kumpulan diatas.*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Is there any clinical manifestation of AIDS? If so, please provide details.  
*Adakah terdapat tanda-tanda klinikal yang jelas akan AIDS? Jika ya, sila berikan butir-butir.*

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	
1. Please provide full and exact diagnosis of the patient's condition <i>Sila berikan secara terperinci diagnosis terhadap keadaan pesakit.</i>	
2. Diagnosis first made by:- <i>Diagnosis pertama dilakukan oleh:-</i>	
3. Date when the patient first become aware of the condition. <i>Tarikh bila pesakit mula-mula menyedari akan keadaan ini.</i>	
4. Please provide dates and results of all investigations done to confirm the diagnosis of AIDS and attach copies of all relevant laboratory reports. <i>Sila berikan tarikh-tarikh dan keputusan-keputusan semua ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis AIDS dan lampirkan salinan-salinan semua laporan-laporan makmal yang berkaitan.</i>	
5. Is there positive HIV antibody test; what was the date of the test? <i>Adakah ujian antibodi HIV positif: apakah tarikh ujian tersebut?</i>	
6. Does the patient has the following condition(s) <i>Adakah pesakit menghidapi kondisi-kondisi berikut?</i>	Yes / Ya      No / Tidak
a) Weight loss of more than 10% of body weight over a period of six (6) months or less (wasting syndrome). If so please provide details on weight (kg) and dates measured/ <i>Kehilangan lebih daripada 10% daripada berat badan dalam tempoh enam (6) bulan (sindrom susut badan). Sila nyatakan butir-butir berat (kg) dan tarikh ukuran.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Kaposi Sarcoma/ <i>Sarkoma Kaposi.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Pneumocystis Carinii Pneumonia/ <i>Radang Paru-Paru Pneumocystis Carinii.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Progressive multifocal leukoencephalopathy/ <i>Leukoensefalopati multifokal progresif.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Active Tuberculosis/ <i>Tuberkulosis (batuk kering) aktif.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) Less than one-thousand (1000) Lymphocytes/ <i>Kurang daripada seribu (1,000) Limfosit.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. What is the date and result of a Western Blot test? <i>Apakah tarikh dan keputusan ujian Western Blot?</i>	
8. At the time of diagnosis/ <i>Pada masa diagnosis:</i>	
a) What is the patient's CD4 cell count? <i>Apakah pengiraan sel CD4 pesakit?</i>	_____
b) Does the patient have evidence of opportunistic infection and/or AIDS related tumours? If so, please provide details <i>Adakah pesakit mempunyai bukti jangkitan oportunistik dan/ atau ketumbuhan yang berkait dengan AIDS? Jika ya, sila berikan butir-butir.</i>	_____ _____
9. Is there any known cure for full blown AIDS? If so, please provide details. <i>Adakah terdapat rawatan penyembuhan untuk AIDS dalam erti kata sebenar? Jika ya, sila berikan butir-butir.</i>	

<b>SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN</b>			
<p>10. Please provide details of the patient's lifestyle, personal and family medical history. <i>Sila berikan butir-butir gaya hidup, sejarah perubatan peribadi dan keluarga pesakit.</i></p>			
<p>11. 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></p>			
<b>Date Tarikh</b>	<b>Nature of complaints Sifat-sifat penyakit</b>	<b>Name of doctor Nama doktor</b>	<b>Address &amp; Tel. no of doctor Alamat &amp; No. Tel Doktor</b>
<p>12. 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></p>			
<p>13. 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></p>			

**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>	