

**Confidential Medical Certificate - HIV INFECTION DUE TO BLOOD TRANSFUSION**  
**Sijil Perubatan Sulit - JANGKITAN HIV MELALUI TRANSFUSI DARAH**

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 /<br/>Nama</b>                  |  | <b>Certificate Number /<br/>Nombor Sijil</b>        |  |
| <b>Date of Birth /<br/>Tarikh Lahir</b> |  | <b>Identity Card No /<br/>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 **HIV INFECTION DUE TO BLOOD TRANSFUSION**, 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 **JANGKITAN HIV MELALUI TRANSFUSI DARAH** 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<br>Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan<br>a) 1st consultation (dd/mm/yy)<br>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)<br>b) Consultation dates (dd/mm/yy)<br>Tarikh perundingan hh/bb/tt | <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak<br><br>a) _____<br>b) _____ |
| 2. Is the patient being referred by another doctor? If yes, please give details.<br>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?<br>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?<br>Apakah tanda-tanda yang mula ada?  |   |
| 5. On which date did the patient first become aware of the condition?<br>Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya ini?   |   |
| 6. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness?<br>Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang di atas atau penyakit yang berkaitan?  | <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak                             |

**61601020**

**SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum**

7. If yes, please state the following details / Jika ya sila nyatakan yang berikut:

| Consultation Date<br><i>Tarikh Rawatan</i> | Nature of complaints<br><i>Sifat-sifat aduan</i> | Diagnosis Made<br><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 anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of HIV Infection?  
*Adakah apa-apa dalam sejarah perubatan peribadi pesakit yang mungkin meningkatkan risiko jangkitan HIV?*

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<br><i>Tarikh</i> | Nature of complaints<br><i>Sifat-sifat penyakit</i> | Name of doctor<br><i>Nama doktor</i> | Address & Tel. no of doctor<br><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<br><i>Sila berikan secara terperinci diagnosis terhadap keadaan pesakit.</i>   |   |
| 2. Date of diagnosis.<br><i>Tarikh diagnosis.</i>  |   |
| 3. Diagnosis first made by:-<br><i>Diagnosis pertama dilakukan oleh:-</i>  |   |
| 4. Please provide dates of all HIV or antibody tests performed and attached copies of the test results.<br><i>Sila berikan tarikh-tarikh semua ujian Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV) atau antibodi yang dilakukan dan lampirkan salinan keputusan ujian.</i>  |   |
| 5. Why was your patient receiving blood transfusion? Was it medically necessary or given as part of a medical treatment?<br><i>Mengapakah pesakit anda menerima pemindahan darah? Adakah ia merupakan keperluan perubatan atau sebahagian daripada rawatan perubatan?</i>  |   |
| 6. Please provide details of the history of this condition including date of this consultation.<br><i>Sila berikan butir-butir sejarah keadaan ini termasuk tarikh rujukan.</i>  |   |
| 7. On what date did the blood transfusion take place?<br><i>Tarikh bilakah pemindahan darah telah dilakukan?</i>   |   |
| 8. On what date was the patient first diagnosed as HIV positive?<br><i>Pada tarikh apakah pesakit pertama kali di diagnos sebagai positif HIV?</i>   |   |
| 9. Does the infection meet the following condition?<br><i>Adakah jangkitan memenuhi kondisi berikut?</i>   | Yes / Ya      No / Tidak                          |
| a) The blood transfusion was medically necessary or given as part of a medical treatment /<br><i>Transfusi darah adalah keperluan dari segi perubatan atau diberi sebagai sebahagian daripada rawatan perubatan.</i>   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b) The blood transfusion was received in Malaysia or Singapore after the commencement of the certificate/<br><i>Transfusi darah adalah diterima di Malaysia atau Singapura selepas kuatkuasa sijil.</i>  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c) The source of the infection is established to be from the institution that provided the blood transfusion and the institution is able to trace the origin of the HIV tainted blood/<br><i>Sumber jangkitan adalah didapati daripada institusi yang memberikan transfusi darah atau institusi yang boleh mengesan punca darah yang dicemari HIV.</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| d) The patient does not suffer from haemophilia/<br><i>Pesakit tidak menghidap hemofilia.</i>  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| e) Patient is not a member of any high risk groups including but not limited to intravenous drug users/<br><i>Pesakit bukan ahli mana-mana kumpulan berisiko tinggi termasuk tetapi tidak terhad kepada pengguna dadah intravena.</i>  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

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

10. 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<br>Tarikh | Nature of complaints<br>Sifat-sifat penyakit | Name of doctor<br>Nama doktor | Address & Tel. no of doctor<br>Alamat & No. Tel Doktor |
|----------------|--|-------------------------------|--|
|                |  |                               |  |

11. 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:-*

12. 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 /<br/>Nama</b>  |  |
| <b>Signature/<br/>Tandatangan</b>                                   |  |
| <b>Professional qualification /<br/>Kelayakan profesional</b>       |  |
| <b>Practice stamp and address /<br/>Cap perkhidmatan dan alamat</b> |  |