

Confidential Medical Certificate - PARALYSIS OF LIMBS
Sijil Perubatan Sulit - KELUMPUHAN ANGGOTA

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 **PARALYSIS OF LIMBS**, 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 **KELUMPUHAN ANGGOTA** 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 this condition and at that time, what were the symptoms and how long had symptoms been present? <i>Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada waktu itu, apakah tanda-tanda dan 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

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 habit or personal medical history which would have increased the risk of paralysis of limbs?
Adakah terdapat apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko kelumpuhan anggota?

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 diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis.</i>			
2. Is there permanent loss of voluntary movement of two or more limbs including loss of power and sensation of those limbs, and for how long has this been present? <i>Adakah terdapat kehilangan kekal pergerakan sukarela dua atau lebih anggota termasuk kehilangan kuasa dan deria rasa pada anggota tersebut, dan untuk berapa lama tanda ini telah ada?</i>			
3. Did paralysis result from complications of surgery, spinal cord injury, Multiple Sclerosis, Motor Neuron disease or other condition (not including stroke)? <i>Adakah kelumpuhan disebabkan oleh komplikasi pembedahan, kecederaan tali tulang belakang, Sclerosis pelbagai, penyakit Motor Neuron atau lain-lain keadaan (tidak termasuk angin ahmar)?</i>			
4. Have there been any improvements in the patient's condition? Any likelihood of recovery? <i>Adakah terdapat apa-apa kemajuan pada keadaan pesakit? Adakah kemungkinan untuk sembuh?</i>			
5. What investigations or tests have been performed to verify paralysis of limbs? <i>Apakah siasatan atau ujian yang telah dijalankan untuk mengesahkan kelumpuhan anggota?</i>			
6. 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 & No. Tel Doktor</i>

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

7. 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:-

8. 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	