



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

The below named is insured with us against the happening of a certain contingent event associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with his/her illness/injury. To enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Orang yang namanya dinyatakan dibawah diinsuranskan dengan kami terhadap kejadian tertentu yang berlaku. Satu tuntutan yang berkaitan dengan penyakit/kecederaan telah di serah kepada kami dan untuk membolehkan kami memproses tuntutan tersebut, kami menghargai kerjasama anda melengkapkan borang ini.

Note: This form is to be completed at the Patient's expense. Borang ini untuk diisi atas perbelanjaan Pesakit.

1.	(a)	Name of Patient / Nama Pesakit			
	(b)	The Patient's identity card number from your records. / Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda.			
2.	(a)	Are you the Patient's usual medical attendant? / Adakah anda doktor yang biasa bagi Pesakit?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak	
	(b)	If yes, for how long? / Jika ya, sudah berapa lama?	DD _____ HH	MM _____ BB	YY _____ TT
	(c)	If not, please provide the name and address of the usual medical attendant if known to you. / Jika tidak, sila berikan nama dan alamat doktor yang biasa jika anda tahu.			
3.	(d)	Has the Patient previously suffered from or been detected to have hypertension, diabetes, angina, hyperlipidaemia, cardiovascular disease, transient ischaemic attack, neurological disorders, renal disease, hepatitis B or C, autoimmune disorder, pre-malignant condition, cancer or any other significant illnesses? / Pernahkah sebelum ini Pesakit mengalami atau telah dikesan mempunyai tekanan darah tinggi, kencing manis, angina, hiperlipidemia, penyakit kardiovaskular, serangan iskemia sementara, gangguan neurologi, penyakit buah pinggang, hepatitis B atau C, gangguan autoimun, keadaan pra- malignan, kanser atau penyakit lain yang penting?			
		<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak			
		If "YES", please provide the following: / Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:			
		Medical Condition Keadaan Perubatan	Date of Diagnosis Tarikh Diagnosis	Medical Treatment Rawatan perubatan	Name and address of the treating doctor Nama dan alamat doctor yang merawat
3.	Medical Details / Butir Perubatan				
	(a)	Date you were first consulted for this condition. / Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.	DD _____ HH	MM _____ BB	YY _____ TT
	(b)	What were the symptoms complaint of and the duration of the symptoms when you were first consulted? / Apakah gejala-gejala yang wujud dan berapa lama gejala ini telah wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?			



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

(c)	<p>How long has the complaints/symptoms and signs been present? / <i>Berapa lamakah aduan/gejala-gejala dan tanda-tanda telah hadir?</i> (i) According to the Patient / <i>Menurut Pesakit</i></p> <p>(ii) In your professional opinion <i>Menurut pendapat profesional anda</i></p>	<p>(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT)</p> <p>(ii) _____ (Please state / <i>Sila nyatakan</i> days/weeks/months / <i>hari/minggu/bulan</i>)</p>
(d)	<p>Please provide full and exact details of the diagnosis. / <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i></p>	
(e)	<p>Date and time when the illness was FIRST diagnosed. / <i>Tarikh dan masa apabila penyakit itu kali PERTAMA didiagnosis.</i></p>	<p>DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg</p>
(f)	<p>What was the underlying cause of the diagnosis? / <i>Apakah sebab diagnosis nya?</i></p>	
(g)	<p>Name and address of the doctor who first diagnosed Patient with the illness. / <i>Nama dan alamat doctor yang pertama kali menghidapi Pesakit dengan penyakit.</i></p>	
(h)	<p>Type of investigations / tests done to confirm the diagnosis. / <i>Jenis penyiasatan / ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis.</i></p>	
(i)	<p>Please give details of completed, planned or current treatment for the illness stated above. / <i>Sila beri butiran rawatan lengkap, terancang atau semasa untuk penyakit yang dinyatakan di atas.</i></p>	
(j)	<p>Which of the following factors are present? If yes, please provide date of onset. / <i>Mana satu di antara faktor-faktor berikut hadir? Jika ya, sila nyatakan tarikh permulaan.</i></p> <p>(i) Hypertension / <i>Hipertensi</i></p> <p>(ii) Diabetes Mellitus / <i>Diabetes Mellitus</i></p> <p>(iii) Hyperlipidemia / <i>Hiperlipidemia</i></p> <p>(iv) Others, please specify / <i>Lain-lain, sila nyatakan</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT</p> <p><input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT</p> <p>DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT</p>



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

(k)	Please attach certified true copies of all the relevant investigation results, laboratory test results and all relevant reports. / <i>Sila lampirkan salinan yang disahkan semua hasil siasatan yang relevan, keputusan ujian makmal dan semua laporan yang berkaitan.</i>	<input type="checkbox"/> CT Scan / MRI report of the Brain / <i>Imbasan CT / MRI laporan Otak</i> <input type="checkbox"/> MRI of Spine / <i>Imbasan MRI Saraf</i> <input type="checkbox"/> Lumbar puncture test report / <i>Laporan ujian tumpul lumbar</i> <input type="checkbox"/> Electromyography (EMG ) test results / <i>Keputusan ujian elektromilografi (EMG)</i> <input type="checkbox"/> Nerve conduction study/ Evoked potential test / <i>Kajian konduktif saraf / Ujian potensi yang dibangkitkan</i> <input type="checkbox"/> Blood and Laboratory test reports / <i>Keputusan ujian Darah dan Makmal</i> <input type="checkbox"/> Surgery report / <i>Laporan pembedahan</i> <input type="checkbox"/> Histopathology examination (HPE) / <i>Histologi pemeriksaan (HPE)</i> <input type="checkbox"/> Biopsy report / <i>Laporan biopsi</i> <input type="checkbox"/> Any relevant hospital reports, to specify <i>Sebarang laporan hospital yang berkaitan, sila dinyatakan</i>
(l)	Is the Critical Illness associated with any other disorder, for example neurosis, psychiatric illness, HIV infection, etc.? / <i>Adakah Penyakit Kritikal dikaitkan dengan sebarang gangguan lain, contohnya neurosis, penyakit psikiatri, jangkitan HIV, dan lain-lain?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> If "YES", please provide details Jika "YA", sila berikan butiran-butiran
(m)	The condition was associated with <i>Keadaan ini dikaitkan dengan</i>	<input type="checkbox"/> self-inflicted injury <i>kecederaan diri sendiri</i> <input type="checkbox"/> drug or alcohol misuse <i>penyalahgunaan dadah atau alkohol</i> <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i>



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

<p>4. Please provide name and address of all doctor(s) or hospitals to whom or to which the Patient was referred to or attended to for this condition, including referrals or non-referrals. / Sila berikan nama dan alamat semua doctor atau semua hospital yang kepadanya atau yang mana Pesakit dirujuk atau dirawat untuk keadaan ini, termasuk rujukan atau bukan rujukan.</p>		
<b>Date / Date</b>	<b>Name of Doctor / Nama Doktor</b>	<b>Hospital Name &amp; Address / Nama &amp; Alamat Hospital</b>
<p>5. Please tick (√) and complete for the relevant sections <i>Sila tandakan (√) dan lengkapkan bahagian yang berkaitan</i></p>		
<p><input type="checkbox"/> Stroke / Strok</p>		
<p>(i) Cause of stroke / Sebab strok</p>		<p>(i) <input type="checkbox"/> Infarct / Infark    <input type="checkbox"/> Embolus / Embolus <input type="checkbox"/> Hemorrhage / Pendarahan</p>
<p>(ii) Is the diagnosis falling within any of the following conditions? / Adakah diagnosis itu berkaitan dengan keadaan-keadaan berikut?</p>		<p>(ii)</p>
<p>(a) Transient Ischaemic Attack <i>Serangan Ischemic Transient</i></p>		<p>(a) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>(b) Any reversible ischaemic neurological deficit <i>Sebarang defisit neurologi iskemia yang boleh terbalik</i></p>		<p>(b) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>(c) Vertebrobasilar ischaemia / <i>Iskemia Vertebrobasilar</i></p>		<p>(c) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>(d) Cerebral symptoms due to migraine <i>Gejala serebrum akibat migrain</i></p>		<p>(d) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>(e) Cerebral injury resulting from trauma or hypoxia <i>Kecederaan serebrum akibat trauma atau hipoksia</i></p>		<p>(e) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>(f) Vascular disease affecting the eye or optic nerve or vestibular functions / <i>Penyakit vaskular yang menjejaskan saraf mata atau optik atau fungsi vestibular</i></p>		<p>(f) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p><input type="checkbox"/> Parkinson's Disease / <i>Penyakit Parkinson</i></p>		
<p>(i) Cause of Parkinson's Disease <i>Penyebab Penyakit Parkinson</i></p>		<p>(i) <input type="checkbox"/> Idiopathic / <i>Idiopatik</i> <input type="checkbox"/> Secondary due to <i>Sekunder disebabkan oleh</i></p> <p>_____</p>
<p>(ii) Can the condition / illness be controlled with medication? / <i>Bolehkah keadaan / penyakit dikawal dengan ubat?</i></p>		<p>(ii) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

<input type="checkbox"/> Motor Neuron Disease / <i>Penyakit Neuron Motor</i> Type of Motor Neuron Disease / <i>Jenis Penyakit Neuron Motor</i>	<input type="checkbox"/> Amyotrophic lateral sclerosis <i>Sclerosis amiotrofik lateral</i>  <input type="checkbox"/> Progressive bulbar palsy <i>Bulbar palsy progresif</i>  <input type="checkbox"/> Primary lateral sclerosis <i>Sclerosis lateral utama</i>  <input type="checkbox"/> Spinal muscular atrophy <i>Atrofi otot tulang belakang</i>
<input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy / <i>Distrofi Otot</i> Type of Muscular Dystrophy / <i>Jenis Distrofi Otot</i>	<input type="checkbox"/> Duchenne's / <i>Duchenne's</i>  <input type="checkbox"/> Congenital / <i>Kongenital</i>  <input type="checkbox"/> Facioscapulohumeral <i>Facioscapulohumeral</i>  <input type="checkbox"/> Myotonic / <i>Myotonic</i>  <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i> _____
<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease/Severe Dementia <i>Penyakit Alzheimer/Demensia Teruk</i>  Type of conditions involved <i>Jenis keadaan-keadaan yang terlibat</i>	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease / <i>Penyakit Alzheimer</i>  <input type="checkbox"/> Dementia / <i>Demensia</i>  <input type="checkbox"/> Other degenerative brain disorders <i>Gangguan otak degeneratif yang lain</i> _____
<input type="checkbox"/> Major Head Trauma / <i>Trauma Kepala Major</i> (i) What was the date of injury? <i>Apakah tarikh kecederaan?</i>  (ii) Please provide details of circumstances leading to injury. / <i>Sila berikan butiran keadaan yang membawa kepada kecederaan.</i>  (iii) Was there any fracture of the skull bones? If "Yes", please provide details and attach a copy of the radiological evidence. / <i>Adakah terdapat patah tulang tulang tengkorak? Jika "Ya", sila berikan butiran dan lampirkan salinan bukti radiologi.</i>  (iv) Is there any injury to the brain tissue? Please provide exact nature of brain injury (to enclose copy of MRI or CAT scan). / <i>Adakah terdapat kecederaan pada tisu otak? Sila berikan kecacatan otak yang tepat (untuk menyertakan salinan MRI atau imbasan CAT).</i>  (v) What is the exact location and extent of the head injury? <i>Apakah lokasi dan sejauh mana kecederaan kepala?</i>	(i)            DD                            MM                            YY HH                            BB                            TT  (ii) _____  (iii) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____  (iv) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  (v) _____



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

<p>(vi) Was surgery performed? If "Yes", please provide details of surgical procedure, date performed and hospital in which surgery was carried out. / Adakah pembedahan dilakukan? Jika "Ya", sila berikan butiran prosedur pembedahan, tarikh yang telah dijalankan dan hospital di mana pembedahan dilakukan.</p>	<p>(vi) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>Procedure / Prosedur</p> <hr/> <p>Surgery Date / Tarikh Pembedahan</p> <p style="text-align: center;">DD                      MM                      YY</p> <p style="text-align: center;">_____ HH                      _____ BB                      _____ TT</p> <p>Hospital / Hospital</p> <hr/>
<p><input type="checkbox"/> Coma / Koma</p> <p>(i) Date and time of onset. Tarikh dan masa permulaan</p> <p>(ii) How long was the Patient in a state of coma, with no response to external stimuli? / Berapa lama Pesakit dalam keadaan koma, tanpa tindak balas kepada rangsangan luar?</p> <p>(iii) How long was the Patient put on life support systems? Berapa lamakah Pesakit memakai sistem sokongan hidup?</p> <p>(iv) What is the extent of coma under the Glasgow Coma Scale or any other measurement for coma? Please state type of measurement. / Apakah tahap coma di bawah Glasgow Coma Scale atau apa-apa ukuran lain untuk koma? Sila nyatakan jenis pengukuran.</p> <p>(v) Please provide the date and time of emergence from coma and resulting Patient's limitations both physical and mental since then. / Sila berikan tarikh dan masa kemunculan dari koma dan had batasan Pesakit kedua-dua fizikal dan mental sejak itu.</p> <p>(vi) Are there any neurological deficits lasting more than 30 days after the Patient awoke from coma / regained consciousness? If "Yes", please provide details of neurological deficit and duration of the deficit. Adakah terdapat defisit saraf yang berterusan melebihi 30 hari selepas Pesakit bangun dari koma / bersedar semula? Jika "Ya", sila beri butiran defisit neurologi dan tempoh defisit.</p>	<p>(i) DD                      MM                      YY</p> <p style="text-align: center;">_____ HH                      _____ BB                      _____ TT</p> <p>at                      am / pm</p> <p>pada _____ pagi / ptg</p> <p>(ii) _____ hours / jam / _____ days / hari</p> <p>since / sejak</p> <p style="text-align: center;">DD                      MM                      YY</p> <p style="text-align: center;">_____ HH                      _____ BB                      _____ TT</p> <p>at                      am / pm</p> <p>pada _____ pagi / ptg</p> <p>(iii) _____ hours / jam / _____ days / hari</p> <p>since / sejak First on ventilation since / Sejak pertama kali ventilasi</p> <p style="text-align: center;">DD                      MM                      YY</p> <p style="text-align: center;">_____ HH                      _____ BB                      _____ TT</p> <p>(iv) _____</p> <hr/> <p>(v) DD                      MM                      YY</p> <p style="text-align: center;">_____ HH                      _____ BB                      _____ TT</p> <p>at                      am / pm</p> <p>pada _____ pagi / ptg</p> <p>Limitations / Had-had</p> <hr/> <p>(vi) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <hr/>



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

(vii) Was the coma 'Medically induced'? <i>Adakah koma 'didorong secara perubatan'?</i>	(vii) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<input type="checkbox"/> Benign Brain Tumour / <i>Tumor Otak Benign</i> (i) Is the tumour life threatening? / <i>Adakah tumor mengancam nyawa?</i>  (ii) Are there signs of increased intracranial pressure? / <i>Adakah tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial?</i>  (iii) Has it caused damage to the brain? / <i>Adakah ia menyebabkan kerosakan kepada otak?</i>  (iv) Is the diagnosis falling within any of the following conditions? / <i>Adakah diagnosis termasuk dalam mana-mana syarat berikut?</i> (a) Cysts / <i>Sista</i> (b) Granulomas / <i>Granuloma</i> (c) Malformations in or of the arteries or veins of the brain / <i>Kecacatan dalam atau pada arteri atau vena otak</i> (d) Haematomas / <i>Hematoma</i> (e) Tumours of the pituitary gland / <i>Tumor dalam kelenjar pituitary</i> (f) Tumours of the spine / <i>Tumor dalam tulang belakang</i> (g) Tumours of the acoustic nerve / <i>Tumor saraf akustik</i> (h) Tumours of the meninges / <i>Tumor meninges</i>	(i) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If "Yes", please provide details <i>Jika "Ya", sila berikan butiran-butiran</i> <hr/> (ii) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If "YES", please provide details / <i>Jika "YA", sila berikan butiran-butiran</i> <hr/> (iii) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If "YES", please provide details / <i>Jika "YA", sila berikan butiran-butiran</i> <hr/> (iv) (a) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak (b) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak (c) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak (d) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak (e) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak (f) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak (g) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak (h) <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<input type="checkbox"/> Bacterial Meningitis/Encephalitis / <i>Meningitis Bakteria/ Ensefalitis</i> Please provide Cerebrospinal Fluid (CSF) test results. <i>Sila berikan hasil Ujian Cecair (CSF) Cerebrospinal.</i>	<hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Brain Surgery / <i>Pembedahan Otak</i> (i) Please state type of surgery <i>Sila nyatakan jenis pembedahan</i>	(i) <input type="checkbox"/> Craniotomy / <i>kraniotomi</i> <input type="checkbox"/> Craniectomy / <i>Craniectomy</i> <input type="checkbox"/> Other procedure / <i>Lain prosedur</i> <hr/>



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

<p>(ii) Reason for surgery / <i>Sebab pembedahan</i></p> <p>(iii) Was the surgery done due to injuries sustained during an accident? If "Yes", please provide details. / <i>Adakah pembedahan dilakukan akibat kecederaan yang berlaku semasa kemalangan? Jika "Ya", sila beri butiran.</i></p> <p>(iv) Please state date of surgery / <i>Sila nyatakan tarikh pembedahan</i></p>	<p>(ii) _____</p> <p>(iii) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>_____</p> <p>(iv)            DD            MM            YY                   HH            BB            TT</p>
<p><input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis / <i>Sklerosis Multipel</i></p> <p>(i) Exact date and duration of motor &amp; sensory function impairment / <i>Tarikh sebenar dan tempoh kerosakan motor &amp; penyelarasan fungsi</i></p> <p>(ii) Is this the first occurrence? / <i>Adakah ini kejadian pertama?</i></p> <p>(iii) If this is not the first occurrence, please state the number of recurrence/ <i>Jika ini bukan kejadian pertama, sila nyatakan bilangannya.</i></p> <p>(iv) Please give details of the extent of the involvement of the optic nerves, brain stem and spinal cord. / <i>Sila berikan butir-butir sejauh mana penglibatan saraf optik, pangkal otak dan korda spina.</i></p> <p>(v) Please indicate number of exacerbations since diagnosis. <i>Sila nyatakan bilangan masalah akibat diagnosis.</i></p> <p>(vi) Please indicate number of remissions since diagnosis. <i>Sila nyatakan bilangan remisi akibat diagnosis.</i></p>	<p>(i)            DD            MM            YY                   HH            BB            TT</p> <p>_____days / hari / _____years / tahun</p> <p>(ii) <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>(iii) _____</p> <p>(iv) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(v) _____</p> <p>(vi) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

<b>6. Neurological Examination report / Laporan Pemeriksaan Neurologi</b>				
Please state below, the Patient's physical and neurological impairments, based on latest / current assessment. / Sila nyatakan di bawah, gangguan fizikal dan neurologi Pesakit, berdasarkan penilaian terkini / semasa				
(a)	Date when neurological impairments were first noted. <i>Tarikh apabila gangguan neurologi diperhatikan terlebih dahulu.</i>	DD _____ HH	MM _____ BB	YY _____ TT
(b)	Date of latest/current assessment. <i>Tarikh penilaian terkini/semasa.</i>	DD _____ HH	MM _____ BB	YY _____ TT
(c)	Vision (Visual Acuity). <i>Visi (Ketajaman Visual).</i>		Right / Kanan	Left / Kiri
		Normal / <i>Norma/</i>		
		Impaired / <i>Terjejas</i>		
		Scores based on Metric Acuity <i>Markah berdasarkan Ketajaman Metrik</i>		
		Remarks / <i>Kenyataan</i>		
(d)	Hearing (Supported by an Audiometry results). <i>Pendengaran (Disokong oleh keputusan Audiometry).</i>		Right / Kanan	Left / Kiri
		Normal / <i>Norma/</i>		
		Impaired / <i>Terjejas</i>		
		Scores based on speech reception threshold <i>Markah berdasarkan ambang penerimaan bertutur</i>	dB	dB
		Remarks / <i>Kenyataan</i>		
(e)	Function of speech. / <i>Fungsi bertutur.</i>	<input type="checkbox"/> clear & understandable / <i>jelas &amp; difahami</i> <input type="checkbox"/> slurred / <i>tidak jelas</i> <input type="checkbox"/> unable to speak / <i>tidak dapat bercakap</i> Remarks / <i>Kenyataan</i>		



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

(f)	Cognitive function. / Fungsi kognitif.	<input type="checkbox"/> normal / normal <input type="checkbox"/> poor comprehension / lemah dalam pemahaman <input type="checkbox"/> difficult with logic and reasoning / sukar dengan logik dan pemikiran <input type="checkbox"/> memory loss / hilang ingatan  Remarks / Kenyataan _____																											
(g)	General examination findings. <i>Penemuan pemeriksaan am.</i> (i) Are there any abnormal movements or abnormal gait? (Please provide full details). / Adakah terdapat pergerakan yang tidak normal atau berjalan tidak normal? (Sila berikan butir-butir penuh).  (ii) Is there any muscle wasting? (Please provide full details). / Adakah terdapat pembaziran otot? (Sila berikan butir-butir penuh).  (iii) If there are any other significant examination findings, please provide the details. / Sekiranya terdapat sebarang pemeriksaan yang penting, sila berikan butir-butir.	(i) _____ _____ _____  (ii) _____ _____ _____  (iii) _____ _____																											
(h)	Examination of the Limbs / <i>Pemeriksaan Anggota</i> Please indicate the muscle power of the various joints in the table below with the maximum grade of 5. Sila nyatakan kuasa otot untuk perlbagai otot di jadual di bawah dengan gred maksimum 5. <table border="1" data-bbox="247 1209 1449 1608"> <thead> <tr> <th data-bbox="247 1209 726 1272">Upper Limbs / <i>Bahagian atas anggota badan</i></th> <th data-bbox="726 1209 1109 1272">Right / <i>Kanan</i></th> <th data-bbox="1109 1209 1449 1272">Left / <i>Kiri</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="247 1272 726 1317">Shoulder / <i>Bahu</i></td> <td data-bbox="726 1272 1109 1317"></td> <td data-bbox="1109 1272 1449 1317"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="247 1317 726 1361">Elbow / <i>Siku</i></td> <td data-bbox="726 1317 1109 1361"></td> <td data-bbox="1109 1317 1449 1361"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="247 1361 726 1406">Wrist / <i>Pergelangan tangan</i></td> <td data-bbox="726 1361 1109 1406"></td> <td data-bbox="1109 1361 1449 1406"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="247 1406 726 1451">Grip / <i>Cengkaman</i></td> <td data-bbox="726 1406 1109 1451"></td> <td data-bbox="1109 1406 1449 1451"></td> </tr> <tr> <th data-bbox="247 1451 726 1518">Lower limbs / <i>Bahagian bawah anggota badan</i></th> <th data-bbox="726 1451 1109 1518">Right / <i>Kanan</i></th> <th data-bbox="1109 1451 1449 1518">Left / <i>Kiri</i></th> </tr> <tr> <td data-bbox="247 1518 726 1563">Hip / <i>Pinggul</i></td> <td data-bbox="726 1518 1109 1563"></td> <td data-bbox="1109 1518 1449 1563"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="247 1563 726 1608">Knee / <i>Lutut</i></td> <td data-bbox="726 1563 1109 1608"></td> <td data-bbox="1109 1563 1449 1608"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="247 1608 726 1619">Ankle / <i>Buku lali</i></td> <td data-bbox="726 1608 1109 1619"></td> <td data-bbox="1109 1608 1449 1619"></td> </tr> </tbody> </table>		Upper Limbs / <i>Bahagian atas anggota badan</i>	Right / <i>Kanan</i>	Left / <i>Kiri</i>	Shoulder / <i>Bahu</i>			Elbow / <i>Siku</i>			Wrist / <i>Pergelangan tangan</i>			Grip / <i>Cengkaman</i>			Lower limbs / <i>Bahagian bawah anggota badan</i>	Right / <i>Kanan</i>	Left / <i>Kiri</i>	Hip / <i>Pinggul</i>			Knee / <i>Lutut</i>			Ankle / <i>Buku lali</i>		
Upper Limbs / <i>Bahagian atas anggota badan</i>	Right / <i>Kanan</i>	Left / <i>Kiri</i>																											
Shoulder / <i>Bahu</i>																													
Elbow / <i>Siku</i>																													
Wrist / <i>Pergelangan tangan</i>																													
Grip / <i>Cengkaman</i>																													
Lower limbs / <i>Bahagian bawah anggota badan</i>	Right / <i>Kanan</i>	Left / <i>Kiri</i>																											
Hip / <i>Pinggul</i>																													
Knee / <i>Lutut</i>																													
Ankle / <i>Buku lali</i>																													



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

(i)	<b>Assessment of Activities of Daily Living / Penilaian Aktiviti Kehidupan Harian</b>			
	Daily Living / Aktiviti Kehidupan Harian	Not Limited Tidak Terbatas	Limited Terbatas	Incapable Tidak upaya
	Transfer (Getting in & out of a chair without physical assistance.) <i>Pemindahan (Duduk dan bangun dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.)</i>			
	Mobility (Ability to move from room to room without physical assistance.) <i>Pergerakan (Keupayaan untuk bergerak dari satu bilik ke bilik yang lain tanpa memerlukan bantuan fizikal.)</i>			
	Continence (Ability to voluntarily control bowel & bladder functions so as to maintain personal hygiene.) <i>Perihal Mengawal (Keupayaan untuk mengawal fungsi usus dan pundi kencing secara sendirinya seperti menjaga kebersihan diri.)</i>			
	Dressing (Putting on & taking off all necessary items of clothing without assistance of another person.) <i>Pemakaian (Memakai dan menanggalkan kesemua pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.)</i>			
	Bathing/Washing (Ability to wash in the bath or shower including getting in & out of bath or shower or wash by any other means without assistance of another person.) <i>Mandi/Membersihkan diri (Keupayaan untuk membersihkan diri di tempat mandi tab atau mandi pancuran termasuk memasuki dan keluar dari tempat mandi tab atau mandi pancuran atau membersihkan diri dengan cara yang lain.)</i>			
	Eating (All task of getting food into the body without assistance of another person) <i>Makan (Kesemua tugas memasukkan makanan ke dalam badan apabila makanan telah disediakan)</i>			
(j)	Any other significant neurological examination findings or disability details that are not stated above / <i>Sebarang penemuan pemeriksaan neurologi yang penting atau butiran ketidakupayaan yang tidak dinyatakan di atas</i>			
7.	What is the prognosis of the Patient's neurological impairments? You may tick (√) more than one. <i>Apakah prognosis gangguan neurologi Pesakit? Anda boleh menandakan (√) lebih daripada satu.</i>	<input type="checkbox"/> Recovered / <i>Pulih</i> <input type="checkbox"/> Stable and improving <i>Stabil dan semakin baik</i> <input type="checkbox"/> Progressively worsening <i>Semakin memburuk</i> <input type="checkbox"/> No change. Likely to be permanent <i>Tiada perubahan. Mungkin akan kekal</i> <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i>		
8.	Please provide any other information that will enable the Company to assess this claim. / <i>Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan Syarikat menilai tuntutan ini.</i>			



**CRITICAL ILLNESS / PENYAKIT KRITIKAL**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION**  
**SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.  
*Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.*

Name / Nama:

Professional Qualification:  
*Kelayakan Professional:*

Address/ Alamat:

Date / Tarikh :   /   /

Signature and Official Stamp / *Tandatangan dan Cop Amalan*

DD / TT MM / BB YYYY / TTTT