


**TOTAL PERMANENT & DISABILITY / HILANG UPAYA KEKAL & MENYELURUH  
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL PERUBATAN SULIT**
**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 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 <i>Nama Pesakit</i>			
	(b) The Patient's identity card number from your records <i>Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda</i>			
2.	(a) Are you the Patient's usual medical attendant? <i>Adakah anda doktor yang biasa bagi Pesakit?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya		<input type="checkbox"/> No / Tidak
	(b) If yes, for how long? <i>Jika ya, sudah berapa lama?</i>	DD HH	MM BB	YY TT
	(c) 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? <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit mengalami atau telah dikesan mempunyai tekanan darah tinggi, kencing manis, angina, hiperlipidemia, kardiovaskular penyakit, serangan iskemia sementara, gangguan neurologi, penyakit buah pinggang, hepatitis B atau C, gangguan autoimun, keadaan pra-malignan, kanser atau penyakit lain yang penting?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak		
	If "YES", please provide the following: / <i>Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:</i>			
	Medical Condition <i>Keadaan Perubatan</i>	Date of Diagnosis <i>Tarikh Diagnosis</i>	Medical Treatment <i>Rawatan perubatan</i>	Name and address of the treating doctor <i>Nama dan alamat doctor yang merawat</i>
3.	To be completed if disability was caused by Accidental Injury <i>Untuk dilengkapkan jika hilang upaya disebabkan oleh Kecederaan ditimpa Kemalangan</i>			
	(a) Date & Time of Accident. <i>Tarikh &amp; Masa Kemalangan.</i>	DD HH	MM BB	YY at am / pm TT pada pagi / ptg
	(b) Place of Accident. <i>Tempat Kemalangan.</i>			
	(c) Nature of Accident. <i>Jenis Kemalangan.</i>			
	(d) Date you were first consulted for this condition. <i>Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.</i>	DD HH	MM BB	YYYY TTTT
	(e) What was the extent or injuries? <i>Apakah tahap kecederaan yang dialami?</i>			
	(f) Was there any amputation involved? If yes, please provide details. / <i>Adakah kecederaan melibatkan amputasi? Jika ya, sila nyata dengan lengkap.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya		<input type="checkbox"/> No / Tidak
	(g) Was the Patient under the influence of alcohol or drug at the time of accident? / <i>Adakah Pesakit dibawah pengaruh alkohol atau dadah ketika kemalangan terjadi?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya		<input type="checkbox"/> No / Tidak



**TOTAL PERMANENT & DISABILITY / HILANG UPAYA KEKAL & MENYELURUH  
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL PERUBATAN SULIT**

**TOKIO MARINE  
INSURANCE GROUP**

	(h) Is the condition self-inflicted? / <i>Adalah keadaan yang dialami diri?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
4.	To be completed if disability was caused by Illness / <i>Untuk dilengkapkan jika hilang upaya disebabkan oleh Penyakit</i>		
(a)	Date you were first consulted for this condition. <i>Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.</i>	DD HH	MM BB
(b)	What was the symptoms complaint of when you were first consulted? / <i>Apakah gejala yang wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?</i>	YYYY TTTT	
(c)	Duration of the symptoms when first consulted. <i>Tempoh gejala bila kali pertama keadaan ini dirujuk.</i>	(Please state / <i>Sila nyatakan</i> days/weeks/months / <i>hari/minggu/bulan</i> )	
(d)	Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i>		
(e)	The date of diagnosis / <i>Tarikh diagnosis</i>	DD HH	MM BB
(f)	On which date did the Patient become aware of this illness? / <i>Bilakah kali pertama Pesakit diberitahu tentang penyakit ini?</i>	DD HH	MM BB
(g)	What was the underlying cause of the diagnosis? <i>Apakah sebab diagnosisnya?</i>	YYYY TTTT	
(h)	Did the Patient consult other doctors for this condition or its symptoms BEFORE he/she consulted you? <i>Adakah Pesakit berjumpa doktor lain untuk penyakit ini atau gejalanya SEBELUM beliau berunding dengan anda?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	
	If "YES", please provide the following: / <i>Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:</i>		
	Name of Doctor <i>Nama doctor</i>	Name of Clinic / Hospital and Address <i>Nama Klinik / Hospital dan Alamat</i>	Date of First Consultation <i>Tarikh Rawatan Pertama</i>
5.	(a) Patient's occupation before disability <i>Pekerjaan Pesakit sebelum kecacatan</i>		
	(b) Nature of duties of the occupation <i>Sifat kewajipan pekerjaan</i>		
	(c) How does the Patient's disability prevent him/her from performing the above listed duties of his / her occupation? <i>Bagaimanakah kecacatan Pesakit mencegah beliau daripada menjalankan tugas-tugas yang disenaraikan di atas?</i>		



**TOTAL PERMANENT & DISABILITY / HILANG UPAYA KEKAL & MENYELURUH  
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL PERUBATAN SULIT**

**TOKIO MARINE  
INSURANCE GROUP**

<p>(d) Has the Patient previously suffered from this condition or any related illness? If yes, please state dates of consultations, name and address of doctor consulted and the resulting diagnosis. <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit mengalami penyakit ini atau apa-apa penyakit yang berkaitan? Jika ya, sila nyatakan tarikh perundingan, nama dan alamat doktor dan hasil diagnosis.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>DD MM YYYY HH BB TTTT</p> <p>Name / Nama : Address / Alamat :</p>	
<p>(e) Please give results of any investigations performed and attach copies of any relevant reports that are available. <i>Sila berikan hasil bagi apa-apa kajian yang dilakukan dan lampirkan salinan bagi apa-apa laporan yang berkaitan.</i></p>		
<p>(f) Please give full details of all medicines being prescribed for your Patient, including dosage. / <i>Sila berikan butiran penuh semua ubat-ubatan yang ditetapkan untuk Pesakit anda, termasuk dos.</i></p>		
<p>(g) Please give details of any surgical procedure performed in connection with the Patient's condition. <i>Sila berikan butir-butir apa-apa tatacara pembedahan yang dilakukan berkaitan dengan keadaan Pesakit.</i></p>		
<p>(h) Please provide details of any other treatment being prescribed, including physiotherapy. <i>Sila berikan butir-butir apa-apa rawatan lain yang ditetapkan, termasuk fisioterapi.</i></p>		
<p>(i) Do you anticipate changing the Patient's treatment in the immediate future or recommending that the Patient undergoes further investigations or surgical procedures? <i>Adakah anda menjangka menukar rawatan Pesakit dalam masa terdekat atau mengesyorkan bahawa Pesakit menjalani siasatan lanjut atau prosedur pembedahan?</i></p>		
<p>(j) Is the Patient still receiving treatment from any other medical practitioner? If so, please give details. / <i>Adakah Pesakit masih menerima rawatan daripada mana-mana pengamal perubatan yang lain? Kalau begitu, sila berikan maklumat lanjut.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak If "YES", please provide details / Jika "YA", sila berikan butir-butir.</p>	
<p>(k) Please give the name and address of all doctors or hospital to whom or to which the Patient has been referred or attended for this condition, including referrals or non-referrals. <i>Sila berikan nama dan alamat bagi semua doctor atau hospital yang kepadanya atau yang kepadanya Pesakit telah dirujuk atau dirawat untuk penyakit ini, termasuk rujukan atau bukan rujukan.</i></p>		
<p>Date Tarikh</p>	<p>Name of Doctor / Specialist / Hospital Nama Doktor / Pakar Perubatan / Hospital</p>	<p>Address of Doctor / Specialist / Hospital Alamat Doctor / Pakar Perubatan / Hospital</p>



**TOTAL PERMANENT & DISABILITY / HILANG UPAYA KEKAL & MENYELURUH  
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL PERUBATAN SULIT**

**TOKIO MARINE  
INSURANCE GROUP**

6. Current Health Conditions / Keadaan Kesihatan Semasa		
(a)	Please describe the current physical or mental impairment of the Patient. / Sila nyatakan keadaan fizikal atau mental Pesakit.	
(b)	Is the disability recovered, improved, stationary or deteriorates? Adakah hilang upaya sudah pulih, semakin baik, tiada perubahan atau semakin buruk?	<input type="checkbox"/> Recovered / Pulih <input type="checkbox"/> Improved / Semakin Baik <input type="checkbox"/> Stationary / Tiada Perubahan <input type="checkbox"/> Deteriorates / Semakin Buruk
(c)	Is full recovery expected? Adakah pemulihan sepenuhnya dijangka?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(d)	Is the Patient confined to a home, hospital or other institution that provides constant care and medical attention? If "Yes", since what date? Adakah Pesakit terhad kepada rumah, hospital atau institusi lain yang menyediakan penjagaan yang berterusan dan perhatian perubatan? Jika "Ya", sejak tarikh apa?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD                      MM                      YYYY HH                      BB                      TTTT
(e)	Vision (Visual Acuity). / Penglihatan (Acuity Visual).	
	Vision / Penglihatan	Right / Kanan                      Left / Kiri
	Normal / Normal	
	Impaired / Impaired	
	Scores based on Metric Acuity / Skor berdasarkan Acuity Metrik	
	Remarks / Kenyataan	
(f)	Hearing. / Pendengaran. (Please enclosed a certified true copy of audiometry results. / Sila lampirkan satu salinan yang diperakui benar keputusan audiometry.)	
	Hearing / Pendengaran	Right / Kanan                      Left / Kiri
	Normal / Normal	
	Impaired / Terjejas	
	Scores based on Metric Acuity / Skor berdasarkan Acuity Metrik	
	Remarks / Kenyataan	
(g)	Function of speech. / Fungsi bersuara.	<input type="checkbox"/> Clear and understandable / Jelas dan mudah difahami <input type="checkbox"/> Slurred / Tidak jelas <input type="checkbox"/> Unable to speak / Tidak dapat bercakap  Remarks / Kenyataan



**TOTAL PERMANENT & DISABILITY / HILANG UPAYA KEKAL & MENYELURUH  
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL PERUBATAN SULIT**

**TOKIO MARINE  
INSURANCE GROUP**

(h)	Cognitive function. / Fungsi kognitif.	<input type="checkbox"/> Normal / Normal <input type="checkbox"/> Poor comprehension / kefahaman miskin <input type="checkbox"/> Difficult with logic and reasoning / Sukar dengan logik dan penaakulan <input type="checkbox"/> Memory loss / Hilang ingatan  Remarks / Kenyataan
<b>7. General examination findings / Hasil pemeriksaan am</b>		
(a)	Are there any abnormal movements or abnormal gait? Adakah terdapat apa-apa pergerakan yang tidak normal atau gaya berjalan yang tidak normal?	
(b)	Is there any muscle wasting? (Please provide full details) / Ada apa-apa membuang otot? (Sila berikan butir-butir penuh)	
(c)	Is there any other significant examination finding? Please provide details. / Adakah terdapat apa-apa dapatan pemeriksaan penting yang lain? Sila berikan butir-butir.	
(d)	Date the patient last consulted you for this condition. Tarikh terakhir pesakit menerima rundingan dengan anda untuk keadaan ini	DD                      MM                      YYYY _____ HH        _____ BB        _____ TTT
<b>8. Examination of the limbs / Pemeriksaan anggota badan</b>		
(a)	Please indicate the muscle power of the various joint in the table below with the maximum grade of 5. Sila nyatakan kuasa otot pelbagai sendi dalam jadual di bawah dengan gred maksimum 5.	
	Upper Limbs / Bahagian atas anggota badan	Right / Kanan                      Left / Kiri
	Shoulder / Bahu	
	Elbow / Siku	
	Wrist / Pergelangan tangan	
	Grip / Cengkaman	
	Lower limbs / Bahagian bawah anggota badan	Right / Kanan                      Left / Kiri
	Hip / Pinggul	
	Knee / Lutut	
	Ankle / Buku lali	
	Remarks / Kenyataan	
(b)	Please indicate the range of movement (0°-360°) of the various joint in the table below. Sila nyatakan julat pergerakan (0°-360°) pelbagai sendi dalam jadual di bawah	
	Upper Limbs / Bahagian atas anggota badan	Right / Kanan                      Left / Kiri
	Shoulder / Bahu	
	Elbow / Siku	
	Wrist / Pergelangan tangan	
	Finger(s) / Jari-jari	
	Lower limbs / Bahagian bawah anggota badan	Right / Kanan                      Left / Kiri
	Hip / Pinggul	
	Knee / Lutut	
	Ankle / Buku lali	
	Remarks / Kenyataan	





**TOTAL PERMANENT & DISABILITY / HILANG UPAYA KEKAL & MENYELURUH**  
**CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE / SIJIL PERUBATAN SULIT**

**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

	v.	Remarks / <i>Kenyataan</i>	
11.		Is the Patient physically or mentally incapacitated from ever continuing in any employment? <i>Adakah Pesakit dari segi fizikal atau mental tidak berupaya untul bekerja?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>  If Yes, when did such disability commence? / <i>Jika Ya, bilakah hilang upaya itu bermula?</i>  DD                      MM                      YYYY HH                      BB                      TTTT
12.		Is the Patient certified to be Totally and Permanently Disabled? <i>Adakah Pesakit disahkan sebagai Hilang Upaya Kekal dan Menyeluruh?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>
	(a)	If Yes, when was the Patient certified to be Totally and Permanently Disabled? / <i>Jika Ya, bila Pesakit disahkan sebagai Hilang Upaya Kekal dan Menyeluruh?</i>	DD                      MM YYYY HH                      BB TTTT
	(b)	If the incapacity of the Patient cannot be confirmed upon examination or ascertained at this moment, would you recommend a review of his/her condition in the near future? / <i>Jika ketidakupayaan Pesakit tidak boleh disahkan semasa pemeriksaan atau ditentukan pada masa ini, adakah anda akan mengesyorkan kajian semula atas keadaan pada masa akan datang?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>  If Yes, when is the next review/examination of the condition scheduled? / <i>Jika Ya, bilakah kajian/peperiksaan seterusnya keadaan yang dijadualkan?</i>  DD                      MM                      YYYY HH                      BB                      TTTT
13.		Please provide any other additional information that will enable us to assess this claim. / <i>Sila berikan apa-apa maklumat lain yang akan membolehkan kami untuk menilai tuntutan ini.</i>	

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 / <i>Nama:</i>
	Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i>
	Address / <i>Alamat:</i>
	Date / <i>Tarikh:</i> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i>	DD / TT    MM / BB    YYYY / TTTT