



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OTHER CRITICAL ILLNESSES
SIJIL PERUBATAN SULIT LAIN PENYAKI-PENYAKIT KRITIKAL

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.*

Other Critical Illnesses (Please tick (✓) where applicable)

Lain Penyakit-penyakit Kitikal (Sila tandakan (✓) jika berkenaan)

☐ AIDS / AIDS	☐ Anemia / Anemia	☐ Blindness / Buta
☐ Burns / Kelecuran	☐ Deafness/Loss of Hearing Pekak/Hilang Pendengaran	☐ Fulminant Viral Hepatitis Hepatitis Virus Fulminan
☐ HIV / HIV	☐ Kidney Failure / Kegagalan Buah Pinggang	☐ Liver Disease / Penyakit Hati
☐ Loss of Speech Kehilangan Pertuturan	☐ Lung Disease Penyakit Paru-paru	☐ Major Organ/Bone Marrow Transplant Transplan Organ Utama/Sumsum Tulang
☐ Medullary Cystic Disease Peyakit Medulari Sistik	☐ Paralysis of Limbs Kelumpuhan Anggota	☐ Systemic Lupus Erythematosus with Severe Kidney Complications Lupus Eritematosus Sistemik Dengan Komplikasi Buah Pinggang Yang Teruk
☐ Terminal Illness Penyakit Terminal	☐ Others / Lain-lain	

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?	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
	(b)	If yes, for how long? Jika ya, sudah berapa lama?	DD MM YY HH BB 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.	



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OTHER CRITICAL ILLNESSES
SIJIL PERUBATAN SULIT LAIN PENYAKI-PENYAKIT KRITIKAL

	(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? <i>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?</i> ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak If "YES", please provide the following: / Jika "YA", sila berikan maklumat berikut: <table border="1" data-bbox="231 622 1465 958"> <thead> <tr> <th>Medical Condition <i>Keadaan Perubatan</i></th> <th>Date of Diagnosis <i>Tarikh Diagnosis</i></th> <th>Medical Treatment <i>Rawatan perubatan</i></th> <th>Name and address of the treating doctor <i>Nama dan alamat doctor yang merawat</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	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>												
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. Medical Details / Butir Perubatan	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="188 992 922 1104">(a) Date you were first consulted for this condition. <i>Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.</i></td> <td data-bbox="922 992 1465 1104"> DD MM YY _____ HH BB TT </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1104 922 1216">(b) What were the symptom complaint of and the duration of the symptoms when you were first consulted? <i>Apakah gejala yang wujud dan berapa lama gejala ini telah wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?</i></td> <td data-bbox="922 1104 1465 1216"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1216 922 1485">(c) How long has the complaints/symptoms and signs been present? / Berapa lamakah aduan/gejala-gejala dan tanda-tanda telah hadir? (i) According to the Patient / Menurut Pesakit (ii) In your professional opinion / Menurut pendapat profesional anda</td> <td data-bbox="922 1216 1465 1485"> (i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) (ii) _____ (Please state / Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1485 922 1574">(d) Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i></td> <td data-bbox="922 1485 1465 1574"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1574 922 1641">(e) Date and time when the illness was FIRST diagnosed. <i>Tarikh dan masa apabila penyakit itu kali PERTAMA didiagnosis.</i></td> <td data-bbox="922 1574 1465 1641"> DD MM YY at am / pm _____ HH BB TT pada pagi / ptg </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1641 922 1720">(f) What was the underlying cause of the diagnosis? <i>Apakah sebab diagnosisnya?</i></td> <td data-bbox="922 1641 1465 1720"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1720 922 1832">(g) Name and address of the doctor who first diagnosed Patient with the illness. / Nama dan alamat doctor yang pertama kali menghadapi Pesakit dengan penyakit.</td> <td data-bbox="922 1720 1465 1832"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1832 922 1937">(h) Type of investigations/tests done to confirm the diagnosis. <i>Jenis penyiasatan / ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis.</i></td> <td data-bbox="922 1832 1465 1937"></td> </tr> </table>	(a) Date you were first consulted for this condition. <i>Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.</i>	DD MM YY _____ HH BB TT	(b) What were the symptom complaint of and the duration of the symptoms when you were first consulted? <i>Apakah gejala yang wujud dan berapa lama gejala ini telah wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?</i>		(c) How long has the complaints/symptoms and signs been present? / Berapa lamakah aduan/gejala-gejala dan tanda-tanda telah hadir? (i) According to the Patient / Menurut Pesakit (ii) In your professional opinion / Menurut pendapat profesional anda	(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) (ii) _____ (Please state / Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan)	(d) Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i>		(e) Date and time when the illness was FIRST diagnosed. <i>Tarikh dan masa apabila penyakit itu kali PERTAMA didiagnosis.</i>	DD MM YY at am / pm _____ HH BB TT pada pagi / ptg	(f) What was the underlying cause of the diagnosis? <i>Apakah sebab diagnosisnya?</i>		(g) Name and address of the doctor who first diagnosed Patient with the illness. / Nama dan alamat doctor yang pertama kali menghadapi Pesakit dengan penyakit.		(h) Type of investigations/tests done to confirm the diagnosis. <i>Jenis penyiasatan / ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis.</i>	
(a) Date you were first consulted for this condition. <i>Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.</i>	DD MM YY _____ HH BB TT																
(b) What were the symptom complaint of and the duration of the symptoms when you were first consulted? <i>Apakah gejala yang wujud dan berapa lama gejala ini telah wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?</i>																	
(c) How long has the complaints/symptoms and signs been present? / Berapa lamakah aduan/gejala-gejala dan tanda-tanda telah hadir? (i) According to the Patient / Menurut Pesakit (ii) In your professional opinion / Menurut pendapat profesional anda	(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) (ii) _____ (Please state / Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan)																
(d) Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i>																	
(e) Date and time when the illness was FIRST diagnosed. <i>Tarikh dan masa apabila penyakit itu kali PERTAMA didiagnosis.</i>	DD MM YY at am / pm _____ HH BB TT pada pagi / ptg																
(f) What was the underlying cause of the diagnosis? <i>Apakah sebab diagnosisnya?</i>																	
(g) Name and address of the doctor who first diagnosed Patient with the illness. / Nama dan alamat doctor yang pertama kali menghadapi Pesakit dengan penyakit.																	
(h) Type of investigations/tests done to confirm the diagnosis. <i>Jenis penyiasatan / ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis.</i>																	



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OTHER CRITICAL ILLNESSES
SIJIL PERUBATAN SULIT LAIN PENYAKI-PENYAKIT KRITIKAL

(i)	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>	
(j)	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> (i) Hypertension / <i>Hipertensi</i> (ii) Diabetes Mellitus / <i>Diabetes Mellitus</i> (iii) Hyperlipidemia / <i>Hiperlipidemia</i> (iv) Others, please specify / <i>Lain-lain, sila nyatakan</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY HH BB TT ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY HH BB TT ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YY HH BB TT DD MM YY HH BB TT
(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>	
(l)	What is the current condition of the Patient and what is the prognosis? / <i>Apakah keadaan Pesakit semasa dan apakah prognosisnya?</i>	
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. / <i>Sila berikan nama dan alamat semua doctor atau semua hospital yang atau yang Pesakit dirujuk atau dirawat untuk keadaan ini, termasuk rujukan atau bukan rujukan.</i>	
	Date Date	Name of Doctor Nama Doktor
	Hospital Name & Address Nama & Alamat Hospital	
5.	Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / <i>Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.</i>	



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE OTHER CRITICAL ILLNESSES
SIJIL PERUBATAN SULIT LAIN PENYAKI-PENYAKIT KRITIKAL

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